

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:47

Hannu Puolijoki, Anja Tuulonen

Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen arviointi



ISSN 1236-2115
ISBN 978-952-00-2433-8 (nid.)
ISBN 978-952-00-2434-5 (PDF)

Yliopistopaino
Helsinki 2007

Tiivistelmä

Hannu Puolijoki, Anja Tuulonen. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen arviointi. Helsinki 2007. 92 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä ISSN1236-2115; 2007:47.) ISBN 978-952-00-2433-8 (nid.), ISBN 978-952-00-2434-5 (PDF)

Peruspalveluministeri ja opetusministeri asettivat 25.10.2006 kaksi selvityshenkilöä sekä heille taustaryhmän arvioimaan, miten erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutus vastaa palvelujärjestelmän odotuksiin ja väestön terveystarpeisiin, sekä ovatko koulutuksen tavoitteet ja toteutus tarkoituksenmukaisia koulutusta järjestävien yliopistojen, terveyspalvelujärjestelmän organisaatioiden ja erikoistuvien lääkärien kannalta. Selvityshenkilöiden tehtävänä oli laatia raportti, joka sisältää kuvauksen nykyisen järjestelmän toimivuudesta ja arvioida erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen muutostarpeita, sekä tehdä ehdotukset muutoksista, jotta koulutus vastaisi tulevaisuudessa nykyistä paremmin palvelujärjestelmän tarpeisiin, mukaan lukien ehdotukset voimassa olevan lainsäädännön muuttamiseksi. Lukumäärätietojen selvittely oli rajattu tämän selvitystyön ulkopuolelle. Selvitystyötä varten nimettiin taustaryhmä, jonka tehtävänä oli tukea, ohjata ja tarkentaa asiantuntemuksellaan selvityshenkilöiden työtä ja tarvittaessa rajata kysymyksenasettelua.

Selvityshenkilöt ehdottavat muun muassa, että erikoissairaanhoidolain ja kansanterveyslain tilalle tulevassa terveydenhuoltolaissa sekä Paras-hankkeen toimeenpanossa huomioidaan nykyistä tarkemmin erikoislääkäreiden ja erikoishammaslääkäreiden koulutustehtävä sekä harkitaan erikoishammaslääkärikoulutusta koskevan lainsäädännön yhdistämistä erikoislääkärikoulutusta koskevan lainsäädännön kanssa.

Valtakunnallinen suunnittelu ja koordinaatio ehdotetaan annettavaksi terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunnan alaiselle jaokselle, joka laatii neuvottelukunnalle ehdotuksen erikoislääkärikoulutuksen valtakunnallisesta strategiasta valtioneuvoston laatimien linjausten ja alueellisten neuvottelukuntien tekemien suunnitelmien pohjalta. Sosiaali- ja terveysministeriö ja opetusministeriö vahvistavat valtakunnallisen suunnitelman. Alueellista suunnittelusta ja koordinaatiosta vastaa alueellinen neuvottelukunta, minkä tehtäviin lisätään alueellisen erikois(hammas)lääkärikoulutuksen strategian laatiminen, seuranta ja raportointi valtakunnalliselle jaokselle. Alueellisen koulutusstrategian tulisi perustua väestön terveystarpeeseen ja huomioida samanaikaisesti uuden lääketieteellisen tiedon tuottaminen ja koulutuksen tarve. Suunnitelmaan tulee sisältyä myös laadunarvioinnin suunnittelu, toteutus ja seuranta. Alueellisen koordinaation avulla tehostetaan lainsäädännössä ja pysyväismääräyksissä olevien menettelytapojen toimeenpanoa.

Koulutus-EVO-korvausjärjestelmän yhtenäistämistä ja yksinkertaistamista varten perustetaan valtakunnallinen työryhmä, jonka laatii kattavan mallin korvausjärjestelmän uudistamiseksi. Alueellisten suunnitelmien seuranta ja toteutuminen kytketään EVO-rahoituksen jatkumiseen. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritutkinnot huomioidaan yliopistojen tuloksellisuuden arvioinnissa.

Päivystysvalmiuksien, ikääntyneiden mielenterveysongelmien ja päihdeongelmien hoidon turvaamiseksi perustetaan päivystys- (ja ensihoito)lääketieteen erikoisala ja lisäkoulutusohjelma, vanhuspsykiatrian erikoisala lisäkoulutusohjelman rinnalle sekä päihdelääketieteen lisäkoulutusohjelma. Lisäksi perustetaan hammaslääketieteellisen diagnostiikan erikoisala, jossa on kolme osa-aluetta. Gerodontologia lisätään kliinisen hammaslääketieteen uudeksi osa-alueeksi. Kirurgian ja sisätautien erikoisaloilla koulutuksen pituus lyhenee 6 vuodesta 5 vuoteen. Samalla lakkautetaan yleiskirurgian 6 vuoden koulutusohjelma ja 5 vuoden koulutusohjelma nimetään kirurgian koulutusohjelmaksi. 5-vuotisen kirurgian ja sisätautien erikoislääkärintutkinnon jälkeen on mahdollisuus suorittaa toinen, 3 lisäkoulutusvuotta edellyttävä, minimissään yhteensä 7 vuoden koulutusohjelma. Vakinaisiin perusterveydenhuollon virkoihin asetetaan tavoitteeksi yleislääketieteen erikoislääkärin tutkinnon suorittaminen ja perusterveydenhuoltoon lisätään koulutus- ja ohjaajalääkärin virkoja. Hammas- ja suusairauksien sekä perus- että erikoistumiskoulutusta lisätään ja erikoistumiskoulutuksessa hyödynnetään koulutuksen hajautusta sekä nykyisen tietoteknologian suomia mahdollisuuksia. Perustetaan allergologian lisäkoulutusohjelma mahdolliseksi kaikille soveltuville erikoisaloille, jolloin keuhkosairauksien ja ihotautilien erikoisaloilta allergologia poistetaan pääerikoisan nimestä. Ihotautilien erikoisala nimetään iho- ja sukupuolitautilien erikoisalaksi.

Laadun arvioinnin kehittäminen tulee sisällyttää alueelliseen suunnitelmaan. Muita ehdotuksia laadun ja sisällön osalta ovat opettajauramallin kehittäminen ja kannustaminen tutkijauramallin rinnalla, tieteellisen tiedon ja kustannusvaikuttavuuden arvioinnin opetuksen lisääminen sekä henkilökohtaisen koulutussuunnitelman, lokikirjan ja portfolion laatimisen kytkeminen opinto-oikeuden ja tutkinnon myöntämiseen. Johtamiskoulutuksen minimiosuudeksi ehdotetaan oman työn johtamisen perusteita (10 opintopistettä).

Avainsanat: arviointi, ehdotukset, hammaslääkärit, koulutus, lääkärit

Sammandrag

Hannu Puolijoki, Anja Tuulonen. Utvärdering av specialläkar- och specialtandläkarutbildningen. Helsingfors 2007. 92 s. (Social- och hälsovårdsministeriets rapporter ISSN1236-2115; 2007:47.) ISBN 978-952-00-2433-8 (inh.), ISBN 978-952-00-2434-5 (PDF)

Omsorgsministern och undervisningsministern tillsatte 25.10.2006 två utredningspersoner och en bakgrundsgrupp för att utvärdera hur specialläkar- och specialtandläkarutbildningen svar mot servicesystemets förväntningar och befolkningens hälsobehov samt huruvida utbildningens mål och genomförande är ändamålsenliga med tanke på de universitet som ordnar utbildning, organisationer inom hälsoservicesystemet och läkare som specialiserar sig. Utredningspersonernas uppdrag var att utarbeta en rapport som innehåller en beskrivning av funktionsdugligheten av det nuvarande systemet och uppskattar specialläkar- och specialtandläkarutbildningens revideringsbehov samt att föreslå revideringar så att utbildningen i framtiden skulle bättre svara mot servicesystemets behov, inklusive förslag om att reformera den gällande lagstiftningen. Detta utredningsarbete omfattar inte någon kvantitativ utredning. För utredningsarbetet utnämndes en bakgrundsgrupp vars uppdrag var att stöda, styra och med sin sakkunnighet precisera utredningspersonernas arbete och vid behov begränsa frågeställningen.

Utredningspersonerna föreslår bland andra att den kommande lag om hälso- och sjukvård som ersätter lagen om specialiserad sjukvård och folkhälsolägen och genomförandet av PARAS-projektet bättre beaktar uppgiften att utbilda specialläkare och specialtandläkare samt överväger att sammanföra lagstiftningen om specialtandläkarutbildningen med lagstiftningen om specialläkarutbildningen.

Det föreslås att den riksomfattande planeringen och samordningen sköts av en sektion under delegationen för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården och att sektionen utarbetar en rekommendation till delegationen om den riksomfattande strategin för specialläkarutbildningen som grundar sig på statsrådets riktlinjer och planer som utarbetats av regionala delegationer. Social- och hälsovårdsministeriet och undervisningsministeriet bekräftar den riksomfattande planen. Den regionala planeringen och samordningen sköts av den regionala delegation som får en ny uppgift att utarbeta, uppfölja och lämna rapport om en regional strategi för special(tand)läkarutbildningen. Den regionala utbildningsstrategin skall bygga på befolkningens hälsobehov och beakta både genererande av ny medicinsk kunskap och utbildningsbehov. Även planering, genomförande och uppföljning av en kvalitetsutvärdering skall omfattas av planen. Avsikten med den regionala samordningen är att intensifiera det praktiska genomförandet av förfaringsätt i lagstiftning och stående bestämmelser.

För samordning och förenkling av Utbildning-Utredning –ersättningssystemet grundas en riksomfattande arbetsgrupp som utarbetar en omfattande modell för att reformera ersättningssystemet. Uppföljningen och genomförandet av de regionala planerna anknyts med

förlängning av EVO-finansieringen. Specialläkar- och specialtandläkarexamina beaktas när universitetens resultat utvärderas.

För att trygga beredskap till jourtjänst och vård av äldre personer med mentalthälso- och rusmedelsproblem grundas en specialitet och ett tilläggsutbildningsprogram för akutmedicin (och akutvård) och geriatrisk psykiatri samt ett tilläggsutbildningsprogram för beroendemedicin. Därtill grundas odontologisk diagnostik som en egen specialitet som har tre delområden. Gerodontologi blir ett nytt delområde inom klinisk odontologi. Inom kirurgi och internmedicin förkortas utbildningstiden från 6 till 5 år. Samtidigt läggs ned det 6-åriga utbildningsprogrammet för allmän kirurgi och det 5-åriga utbildningsprogrammet utses som utbildningsprogrammet för kirurgi. Efter den 5-åriga specialläkarexamen inom kirurgi och internmedicin är det möjligt att genomföra ett utbildningsprogram till. Detta program förutsätter 3-års tilläggsutbildning och tar sammanlagt minst 7 år. För ordinarie tjänster inom primärhälsovården krävs att man avlägger specialläkarexamen inom allmänmedicin och nya tjänster för utbildningsläkare och handledande läkare grundas inom primärhälsovården. Både grund- och specialiseringsutbildning inom tand- och munsjukdomar ökas samt utbildningens decentralisering och den moderna teknologins möjligheter utnyttjas inom specialiseringsutbildningen. Ett tilläggsutbildningsprogram för allergologi etableras och det blir tillgängligt inom alla tillämpliga specialiteter. Allergologi avskaffas som huvudspecialitetens betäckning inom lung- och hudsjukdomar. Specialiteten hudsjukdomar benämns som specialiteten hud- och könssjukdomar.

Utvecklandet av kvalitetsutvärdering skall inkluderas i den regionala planeringen. Övriga förslag gällande kvalitet och innehåll är utvecklande och uppmuntrande av lärarkarriärmodellen vid sidan av forskarkarriärmodellen, ökande av utbildning inom utvärdering av vetenskaplig kunskap och kostnadseffekterna samt sammankopplande av upprättandet av den personliga utbildningsplanen, loggboken och portföljen med beviljandet av studierätt och examen. Det föreslås att minimiinsatsen inom ledarutbildningen är en grundkurs i ledande av det egna arbetet (10 studiepoäng).

Nyckelord: förslag, läkare, tandläkare, utbildning, utvärdering

Summary

Hannu Puolijoki, Anja Tuulonen. Evaluation of the education of specialists in medicine and specialists in dentistry. Helsinki, 2007. 92 pp. (Reports of the Ministry of Social Affairs and Health, Finland, ISSN 1236-2115, 2007:47)
ISBN 978-952-00-2433-8 (paperback), ISBN 978-952-00-2434-5 (PDF)

The Minister of Health and Social Services and the Minister of Education appointed on 25 October 2006 two Rapporteurs ad int. and a working group to evaluate how the present education for specialists in medicine and in dentistry meets the expectations of the service system and the population's health needs and whether the objectives and implementation of the education are appropriate from the point of view of the universities organising education, the organisations of the health service system and the doctors in specialisation training. The task of the Rapporteurs was to draw up a report consisting of a review of the effectiveness of the present system and an evaluation of needs for change in the education of specialists in medicine and in dentistry, as well as to put forward proposals for changes to ensure that the education will in the future better meet the needs of the service system, including proposals for amending the relevant legislation in force. The examination of numerical data was excluded from the terms of reference. A working group was set up to support, guide and specify the work of the Rapporteurs with their expertise and, as necessary, to frame more clearly the questions to be dealt with.

The Rapporteurs propose, among others, that the educating duty of specialists in medicine and in dentistry should be taken better into account in the future Health Care Act, which will replace the present Specialized Medical Care Act and the Primary Health Care Act, and in the implementation of the PARAS Project, i.e. restructuring local government and services. Furthermore, merging the legislation on specialists in dentistry into the legislation on specialists in medicine should be considered.

The national planning and coordination is proposed to be assigned to the subcommittee on physicians and dentists under the Advisory Board for Health Care Professionals, which should prepare, on the basis of the policy lines drawn up by the Government and the plans prepared by the regional advisory boards, a proposal for a national strategy for the education of specialists in medicine to be presented to the Advisory Board. The Ministry of Social Affairs and Health and the Ministry of Education confirm the national plan. The regional advisory board is responsible for the regional planning and coordination, and its tasks will incorporate the drawing up and monitoring of the regional strategy for the education of specialists in medicine (dentistry) and reporting to the national subcommittee. The regional education strategy should be based on the population's health needs, and it should take into account at the same time the production of new medical knowledge and education needs. The plan should also include the planning, implementation and monitoring of quality assessment. The regional coordination will reinforce the putting into practice of the procedures laid down in legislation and regulations.

A national working group will be set up for making the specified government transfer system for education more uniform and simple; its task would be to draw up a comprehensive model for reforming the transfer system. The Specialist Degrees in Medicine and the Specialist Degrees in Dentistry are to be taken into account in the assessment of the performance of the universities.

A specialty in emergency medicine, a specialty in geriatric psychiatry and an additional degree programme in addiction medicine are proposed to be established to secure on-duty skills and the treatment of mental health problems and substance abuse problems of older people. In addition, a specialty in dental diagnostics should be established, consisting of three subspecialties. Gerodontology should be added as a new subspecialty in clinical dentistry.

The length of education in the specialties of surgery and internal medicine should be reduced from 6 to 5 years. Simultaneously the 6-year degree programme in general surgery would be abolished and the 5-year degree programme would be called the degree programme in surgery. After taking the degree of Specialist in Surgery and Internal Medicine (5 years) it would be possible to complete another degree programme of 3 years for specialists in medicine. The qualification requirement for permanent posts in primary health care is the Specialist Degree in General Practice, and the number of teaching and supervisor doctor posts in primary health care should be increased. Both the basic and specialisation education in dental and oral diseases should be increased, and the decentralisation of education and the possibilities of modern information technology should be made use of in specialisation education. It should be made possible to establish an additional degree programme in allergology in all suitable specialties, and consequently allergology could be removed from the title of the main specialty in the specialties of respiratory medicine and dermatology.

The development of quality assessment should be included in the regional plan. Other proposals in regard to the quality and content are related to developing the teacher career model and encouraging it beside the researcher career model, increasing the teaching in the assessment of scientific knowledge and cost-effectiveness, and linking the drawing up of the personal education plan, logbook and portfolio to granting the right to study and the degree. As the minimum share in management training is proposed the fundamentals of managing one's own work (10 ECTS credits).

Key words: dentists, education, evaluation, physicians, proposals

Sosiaali- ja terveysministeriölle ja opetusministeriölle

Peruspalveluministeri ja opetusministeri asettivat 25.10.2006 kaksi selvityshenkilöä sekä heille taustaryhmän arvioimaan, miten erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutus – jatkossa erikois(hammas)lääkärikoulutus – vastaa palvelujärjestelmän odotuksiin ja väestön terveystarpeisiin, sekä ovatko koulutuksen tavoitteet ja toteutus tarkoituksenmukaisia koulutusta järjestävien yliopistojen, terveyspalvelujärjestelmän organisaatioiden ja erikoistuvien lääkäreiden kannalta.

Selvityshenkilöiden tehtävänä oli laatia raportti, joka sisältää kuvauksen nykyisen järjestelmän toimivuudesta koulutuksen tavoitteiden ja palvelujärjestelmän näkökulmasta, arvioida erikois(hammas)lääkärikoulutuksen muutostarpeita, tehdä ehdotukset muutoksista, jotta koulutus vastaisi tulevaisuudessa nykyistä paremmin palvelujärjestelmän tarpeisiin, sekä tehdä tarvittaessa ehdotukset voimassa olevan lainsäädännön muuttamiseksi. Lukumäärätietojen selvittely oli rajattu tämän selvitystyön ulkopuolelle.

Erikois(hammas)lääkärikoulutuksen osuvuutta palvelujärjestelmän tarpeisiin arvioi dosentti, johtajalääkäri Hannu Puolijoki Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiristä ja erikois(hammas)lääkärikoulutuksen laatua ja toteutuksen toimivuutta arvioi professori Anja Tuulonen Oulun yliopistosta. Selvityshenkilöiden tueksi asetettiin taustaryhmä, jonka tehtävänä oli asiantuntemuksellaan tukea, ohjata ja tarkentaa selvityshenkilöiden työtä ja tarvittaessa rajata kysymyksenasettelua. Taustaryhmän puheenjohtajana toimi ylijohtaja Kimmo Leppo sosiaali- ja terveysministeriöstä ja varapuheenjohtajana ylijohtaja Sakari Karjalainen opetusministeriöstä. Taustaryhmän muut jäsenet olivat apulaisosastopäällikkö Marja-Liisa Partanen sosiaali- ja terveysministeriöstä, lääkintöneuvos Erna Snellman sosiaali- ja terveysministeriöstä, opetusneuvos Erja Heikkinen opetusministeriöstä, kehittämispäällikkö Anne Nordblad sosiaali- ja terveysministeriöstä, ylilääkäri Seppo Ranta Terveystieteiden tutkimuskeskuksesta, hallintoylilääkäri Liisa-Maria Voipio-Pulkki Kuntaliitosta, professori Leena Kivisaari Helsingin yliopistosta (dekanaattien edustaja, erikoislääkärikoulutus), professori Kyösti Oikarinen Oulun yliopistosta (dekanaattien edustaja, erikoishammaslääkärikoulutus), opetus- ja tutkimustoiminnasta vastaava lääkäri Ari Lindqvist Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä, tulosryhmän johtaja, ylilääkäri Raimo Kettunen Päijät-Hämeen keskussairaalasta, ylilääkäri Anne Santalahti Turun terveystieteiden tutkimuskeskuksesta, koulutusjohtaja Hannu Halila Suomen Lääkäriliitosta, erikoishammaslääkäri Leena-Maija Sandholm Suomen Hammaslääkäriliitosta ja erikoistuva lääkäri Johanna Louhimo Nuorten Lääkäreiden yhdistyksestä. Selvitysmiesten ja taustaryhmän sihteereinä toimivat Kia Paasivirta ja Martta Forsell sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Selvitystyön aikana kuultiin tai saatiin kirjallista palautetta yhteensä 816 henkilöltä/taholta. Sähköiseen mielipidekyselyn vastasi 480 henkilöä (193 henkilöä palvelujärjestelmästä sekä 132 kouluttajaa ja 155 koulutettavaa). Yliopistopaikkakunnilla järjestettiin viisi päivänmittaista kuulemistilaisuutta, joihin osallistui yhteensä 226 henkilöä. Lisäksi Helsingissä järjestettiin yksi koko päivän kuulemistilaisuus, johon osallistui 34 henkilöä. Kirjalliset kommentit pyydettiin 66 erikoislääkäriyhdistykseltä (38 vastausta) ja selvityshenkilöille lähetettiin sen lisäksi 38 erillistä kannanottoa. Selvitystyön puitteissa lähetettiin/saatiin lähes 800 sähköpostiviestiä. Lisäksi selvityshenkilöt perehtyivät aiempiin toimeksiannon kannalta keskeisiin selvityksiin ja muistioihin sekä kartoittivat kansainvälistä koulutusta ja kirjallisuutta. Yhteenvedon lainsäädännön nykytilan kuvauksesta laati ylitarkastaja Laura Hansen opetusministeriöstä ja selvityksen eurooppalaisesta erikoislääkärikoulutuksesta koulutusjohtaja Hannu Suomen Lääkäriliitosta.

Selvitystyön toimikausi oli 26.10.2006–31.8.2007. Selvityshenkilöt pitivät 4 kokousta ja taustaryhmä kokoontui 4 kertaa. Selvityshenkilöt ovat ehdotuksissaan yksimielisiä. Selvityshenkilöt jättävät opetusministeriölle ja sosiaali- ja terveystieteiden ministeriölle kunnioittavasti toimeksiantonsa mukaisen raportin.

Helsingissä 31.8.2007

Hannu Puolijoki
dosentti, johtajaylilääkäri
Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

Anja Tuulonen
professori
Oulun yliopisto

Sisällysluettelo

Tiivistelmä	3
Sammandrag	5
Summary	7
Sosiaali- ja terveysministeriölle ja opetusministeriölle	9
1 Toimeksiannossa kuvattu arvioinnin tausta ja arviointikohteet	13
1.1 Arvioinnin tausta, tarve ja arviointia koskevat päätökset.....	13
1.2 Arviointikohteet	15
2 Nykyjärjestelmän kuvaus	17
2.1 Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutusta koskevan lainsäädännön nykytila	17
2.2 Opinto-oppaiden pysyvääsmääräykset.....	23
2.3 Koulutus-EVO-korvaus	27
2.4 Täydentävä, ei-tutkintoon johtava koulutus.....	28
3 Katsaus kansainväliseen erikoislääkärikoulutukseen.....	31
3.1 Eurooppalainen erikoislääkärikoulutus	31
3.2 Erikoishammaslääkäreiden koulutus EU:n alueella ja Pohjoismaissa	34
3.3 Kansainvälisen kirjallisuuden kartoitus	35
3.4 Yhteenveto ja pohdinta.....	37
4 Aiempia työryhmän toimeksiannon kannalta keskeisiä selvityksiä ja muistioita	38
4.1 Koulutus-EVO	38
4.2 Johtamiskoulutus	41
4.3 Tuoreita erikoisalakohtaisia selvityksiä	42
5 Yhteenveto mielipidekyselyssä, kuulemisissa ja lausunnoissa esiin nousseista näkökohdista.....	44
5.1 Mielipidekysely	44
5.2 Kuulemistilaisuudet	49
5.3 Lausunnot ja muut yhteydenotot	50
5.4 Yhteenveto ja pohdinta.....	51
6 Selvityshenkilöiden ehdotukset perusteluineen	53
6.1 Yleiset ehdotukset lainsäädäntöön.....	56
6.2 Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen suunnittelu ja koordinaatio	58
6.3 Valtion osallistuminen koulutuksesta aiheutuviin kustannuksiin ja rahoitukseen.....	64
6.4 Erikoisalakohtaiset ehdotukset	67
6.5 Koulutuksen sisältö ja laatu.....	74

7	Ehdotusten yhteenveto	79
7.1	Yleiset ehdotukset lainsäädäntöön.....	79
7.2	Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen suunnittelu ja koordinaatio	79
7.3	Valtion osallistuminen koulutuksesta aiheutuviin kustannuksiin ja rahoitukseen.....	80
7.4	Erikoisalakohittaiset ehdotukset.....	80
7.5	Koulutuksen sisältö ja laatu.....	82
	Lähteet.....	85
	Liitteet	87
	Liite 1. Valtakunnalliset erikoislääkärien lisäkoulutusalat 7.8.2007	87
	Liite 2. Suomen Lääkäriliiton erityispätevyysjärjestelmä	88

I Toimeksiannossa kuvattu arvioinnin tausta ja arviointikohteet

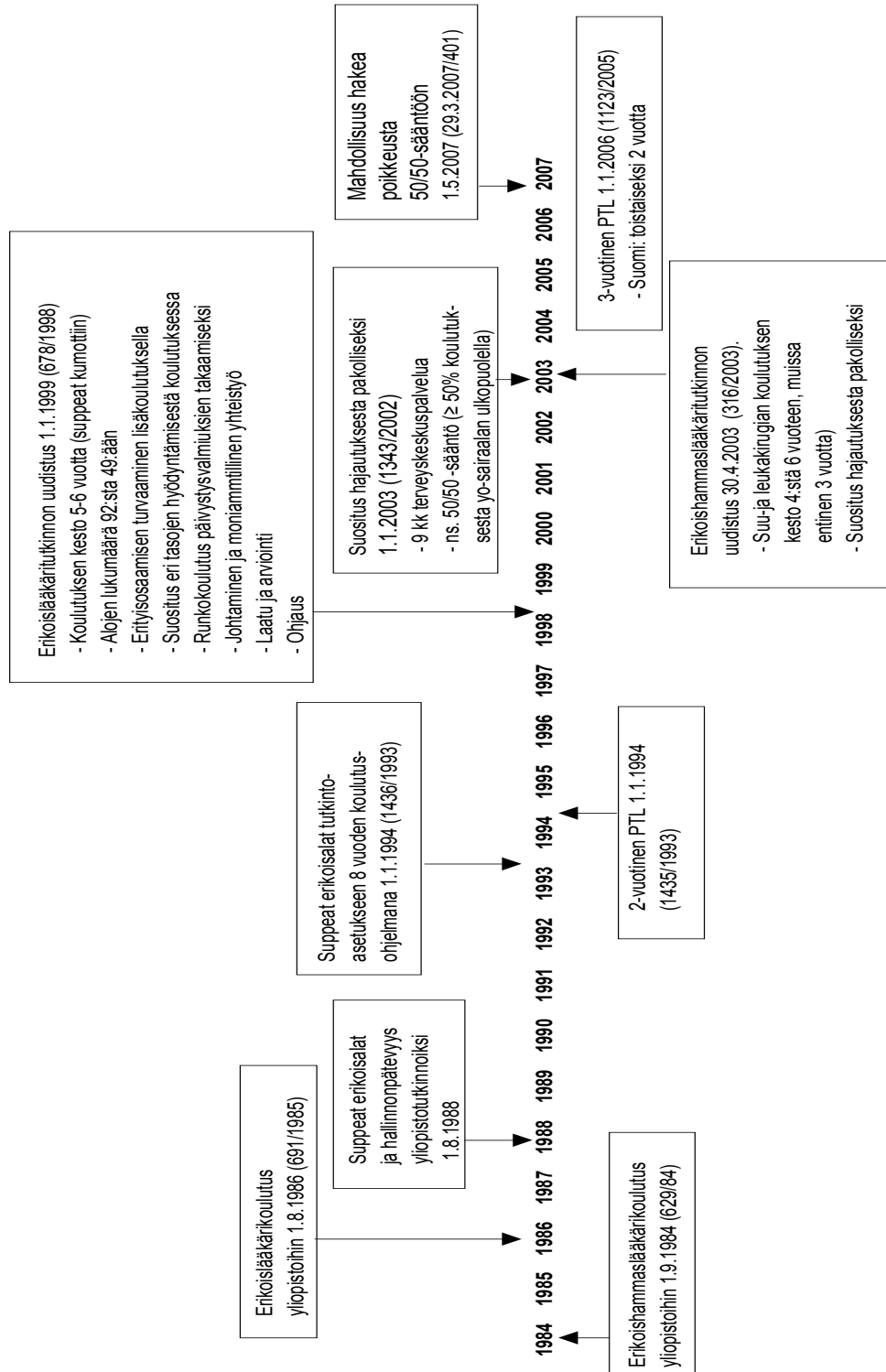
I.1 Arvioinnin tausta, tarve ja arviointia koskevat päätökset

Yhteenveto erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen – jatkossa erikois (hammas)lääkärikoulutus –kehittämisestä vuodesta 1984 alkaen on kuvattu Kuviossa 1. Sitä aiemmin, vuosina 1960–1988 toiminut, valtioneuvoston kolmeksi vuodeksi kerrallaan nimittämä spesialiteettineuvottelukunta kantoi vastuun erikoisalojen, koulutusvaatimusten ja kuulustelujen kehittämisestä ja ylläpidosta. Lääkintöhallitus puolestaan myönsi erikoislääkärin oikeudet, ylläpiti erikoislääkärien tietorekisteriä sekä vastasi ammattitoimintaan kohdistuvasta valvonnasta (STM 1993:25). Spesialiteettineuvottelukunnalla oli aktiivinen rooli myös erikoislääkärien tarpeen, koulutusvolyymin ja riittävyyden selvittämisessä.

Koska erikois(hammas)lääkäreitä koulutetaan terveyspalvelujärjestelmän tehtäviin, kaikissa uudistuksissa on erityisesti korostettu koulutusohjelmien määrän ja sisällön parempaa vastaavuutta suhteessa perustehtävään, so. väestön tarpeisiin ja hyvinvointiin. Vaikka vuoden 1998 tutkintouudistusta (678/1998) on pidetty pääsääntöisesti onnistuneena, joidenkin erikoisalojen kouluttajat ovat katsoeet, että koulutusta ei ole kyetty antamaan riittävässä laajuudessa. Erityisesti tämä ongelma on ilmennyt laajan erikoisalan osaamisen vähenemisenä lähinnä kirurgian ja sisätautien erikoisaloilla, mikä on vaikeuttanut päivystysjärjestelyjä. Yhteisestä runkokoulutuksesta huolimatta kirurgian alan erikoistuneiden päivystysvalmiudet ovat heikentyneet. Myös sisätautien alan yleissisätautilääkäreiden vähäisyyttä pidetään ongelmallisena. Kliinisen hammashoidon hammaslääkärikoulutuksen järjestämistä on pidetty ongelmallisena joiltain osin, koska terveyskeskuksissa ei ole erikoisalan kouluttajia. Tämä koskee erityisesti kliinisen hammashuollon erikoisalan sisällä annettavia diagnostisia painoaloja kuten radiologiaa ja patologiaa. Esille on myös tuotu tarve ottaa käyttöön uusia erikoisaloja kuten psykogeriatría.

Mainittujen ongelmien sekä koulutuksen tuottamien valmiuksien arvioimiseksi sosiaali- ja terveysministeriön ja opetusministeriön kesken sovittiin, että erikoislääkärikoulutus arvioidaan. Vuosien 2004–2005 aikana valmistui ensimmäinen asetuksen 678/1998 mukaisesti tutkintonsa suorittaneiden erikoislääkäreiden ryhmä. Uudistettua koulutusta on tarkoituksenmukais-

Kuvio 1. Yhteenveto erikois(hammas)lääkärikoulutuksen kehittämisestä



ta arvioida tältä pohjalta. Samoin on arvioitava valtioneuvoston 11.4.2002 periaatepäätökseen sisältyvän ja vuonna 2003 voimaan tulleen koulutuksen hajauttamista koskevan periaatteen (vähintään puolet yliopistosairaalan ulkopuolella ja tästä ajasta vähintään yhdeksän kuukautta terveyskeskuksessa) toimivuus.

1.2 Arviointikohteet

1.2.1 Miten koulutus vastaa terveyspalvelujärjestelmän ja suun terveydenhuollon tarpeisiin

Selvityksessä, miten erikois(hammas)lääkärikoulutus vastaa terveyspalvelujärjestelmän ja suun terveydenhuollon tarpeisiin, tulee ottaa huomioon, vastaavatko koulutuksen antamat valmiudet väestön terveyden edistämistä ja ylläpitoa koskeviin kysymyksiin yleisesti ja seuraavilla osa-alueilla:

1. Vastaavatko erikoistumisalan opetuksessa saadut tieteelliset tiedot ja käytännön taidot sekä valmiudet käyttää näitä potilaiden hoidossa ja palvelujärjestelmän tehtävissä tarvittavaa osaamista ja valmiuksia?
2. Antaako koulutus riittävät valmiudet potilaan hyvän hoidon edellyttämään yhteistyöhön perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä muiden tahojen esimerkiksi sosiaalitoimen organisaatioiden kanssa?
3. Antaako koulutus riittävät taidot arvioida oman erikoisalan toiminnan tarkoituksenmukaisuutta, taloudellisuutta ja vaikuttavuutta väestön terveyden edistämisen kannalta?
4. Antaako koulutus riittävät taidot suunnitella, johtaa ja kehittää oman erikoisalan toimintaa väestön terveyden ja palvelujärjestelmän kannalta tarkoituksenmukaisella tavalla?
5. Antaako koulutus riittävät valmiudet sosiaali- ja terveydenhuollon johtamistehtäviin, mm. lähi- /yksikön johtaminen (toiminnan suunnittelu, ohjaus, henkilöstöjohtaminen, vuorovaikutustaidot ja lainsäädännön tuntemus)?

1.2.2 Koulutuksen tavoitteiden ja toteutuksen tarkoituksenmukaisuuden arviointi

Erikoislääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen tavoitteiden ja toteutuksen tarkoituksenmukaisuuden arvioinnissa tulee ottaa huomioon, miten koulutukselle asetetut tavoitteet, sisällöt ja toteuttamistavat tuottavat niitä tietoja, taitoja ja käytännön valmiuksia, joilla pyritään vastaamaan potilaiden hoidon ja terveyspalvelujärjestelmän koulutukselle asettamiin tavoitteisiin ja yliopis-

tollisen koulutuksen koulutukselle asettamiin tavoitteisiin. Tässä tarkastelussa tulee ottaa huomioon myös erikoistumassa olevien lääkäreiden ja hammaslääkäreiden osallistuminen oman oppimisen ja koulutuksen toimivuuden kehittämiseen ja arviointiin.

Edellä olevien tarkastelussa tulee ottaa huomioon:

1. Saavatko koulutusyksiköt terveyspalvelujärjestelmältä riittävästi tietoa siitä, millaisia tietoja, taitoja ja valmiuksia terveyspalvelujärjestelmä tarvitsee?
2. Antaako koulutuksen toteuttaminen erikoisalan koulutukseen tarkoitettussa virassa, toimessa tai tehtävässä toimimisen ja toimipaikkakoulutukseen osallistumisen kautta riittävän monipuoliset taidot, tiedot ja käytännön työn valmiudet potilaiden hoitamiseen, terveyspalvelujärjestelmässä toimimiseen ja potilaiden hoidon edellyttämään yhteistyöhön muiden terveydenhuollon organisaatioiden kanssa?
3. Antaako teoreettinen koulutus, mukaan luettuna kurssimuotoinen teoreettinen koulutus ja valtakunnallinen kuulustelu, riittävät valmiudet erikoisalan tieteellisen tiedon kriittiseen hallintaan, uuden kehityksen seuraamiseen ja oman erikoisalan kehittämiseen? Kohtien 2 ja 3 sisällä arvioidaan koulutusten keskeisten rakenteellisten (esim. runkokoulutuksen laajuus) ja muiden järjestelyjen toimivuus asetettuihin tavoitteisiin nähden.
4. Mahdollistaako nykyinen erikoistuvan ohjaus ja opintojen etenemisen seuranta riittävän tuen erikoistumiskoulutuksen tavoitteiden mukaiseksi onnistumiseksi koulutuksessa?
5. Antaako koulutus riittävät mahdollisuudet oman oppimisen ja koulutuksen toimivuuden arviointiin erikoistuvan näkökulmasta?
6. Antaako koulutus riittävän näkemyksen väestön terveyden edistämisestä, palveluiden järjestämisestä ja johtamisesta mukaan lukien toiminnan suunnittelu, taloudellisuus, yhteistyö ja henkilöstökysymykset?

Siltä osin kuin on arvioitavissa, tulee arvioida, millainen on erikoislääkärikoulutuksen taso verrattaessa muiden maiden kansallisten koulutusjärjestelmien erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen tasoon.

Arviointityössä tulee lisäksi ottaa huomioon jo toteutetut arviot ja niihin sisältyvät kehittämis ehdotukset. Näitä ovat erityisesti selvityshenkilö, professori Sirkka-Liisa Kivelän selvitys Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittämiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:30) sekä selvityshenkilö, professori Jyrki Korkeilan selvitys Psykiatrian opetuksen kehittämistarpeista perusterveydenhuollossa (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:32). Tarkoituksena ei ole selvittää koulutuksessa olevien tai valmiiden erikoislääkärien lukumäärätietoja erillisellä uudella kyselyllä. Selvityshenkilöiden toivotaan kuitenkin ottavan kantaa aiempien selvitysten ja katsausten perusteella ongelmallisiksi koettujen erikoistumisalojen erikoislääkäri- ja hammaslääkärimäärien tarpeisiin ja mahdolliseen tarpeeseen käynnistää tai lakauttaa jokin erikoistumisala.

2 Nykyjärjestelmän kuvaus

2.1 Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäri-koulutusta koskevan lainsäädännön nykytila (ylitarkastaja Laura Hansen, opetusministeriö)

2.1.1 Suomen perustuslaki

Perustuslain sivistyksellisiä oikeuksia koskeva 16 § turvaa tieteen, taiteen ja ylimmän opetuksen vapauden. Perustuslain 123 §:ssä on turvattu myös yliopistojen itsehallinto sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään.

2.1.2 Yliopistolaki (645/1997)

Yliopistolain 7 §:n (715/2004) mukaan yliopistoissa voidaan suorittaa alempia ja ylempiä korkeakoulututkintoja sekä tieteellisiä, taiteellisia ja ammatillisia jatkotutkintoja. Yliopistot voivat järjestää myös täydennyskoulutusta ja avointa yliopisto-opetusta. Yliopistolain 7 §:n 3 momentin mukaan yliopistoissa suoritettavista tutkinnoista, tutkintojen tavoitteista, opintojen rakenteesta ja muista opintojen perusteista sekä siitä, mitä tutkintoja kussakin yliopistossa voidaan suorittaa, säädetään valtioneuvoston asetuksella. Yliopistojen tutkinnoista annetussa valtioneuvoston asetuksessa (794/2004, ns. tutkintoasetus) säädetään yliopistoissa suoritettavista alemmista ja ylemmistä korkeakoulututkinnoista sekä tieteellisistä ja taiteellisista jatkotutkinnoista. Sen sijaan ammatillisista jatkotutkinnoista, kuten erikoislääkärin ja erikoishammaslääkärin tutkinnoista säädetään asetuksen 1 §:n mukaan erikseen. Erikoislääkärin ja erikoishammaslääkärin tutkinnoista säädetään erikoislääkärin tutkinnosta annetussa asetuksessa (678/1998) ja erikoishammaslääkärin tutkinnosta annetussa valtioneuvoston asetuksessa (316/2003). Yliopistojen koulutusohjelmista sekä siitä, mitä koulutusohjelmia kussakin yliopistossa on, säädetään lain 7 §:n 3 momentin mukaan yliopiston esityksestä opetusministeriön asetuksella.

2.1.3 Asetus erikoislääkärin tutkinnosta (678/1998)

Vuoden alusta 1999 voimaan tullut erikoislääkärin tutkinnosta annettu asetust oli jatkoa laajalle, kaikkia koulutusaloja koskevalle koulutuksen uudistamiselle, joka pohjautui vuosille 1991–1996 hyväksyttyyn koulutuksen ja

korkeakouluissa harjoitettavan tutkimuksen kehittämissuunnitelman tarkistamiseen. Uudistustyön tavoitteena oli koulutuksen laadun parantaminen, opetuksen kehittäminen sekä koulutuksen uudistaminen vastaamaan paremmin työelämän vaatimuksia. Terveyspalvelujen kannalta tavoitteena oli saada erikoislääkärikoulutuksen koulutusohjelmien sisältö ja määrä vastaamaan paremmin väestön palvelutarpeita sekä terveydenhuollon kehitystä.

Asetus sisältää säännökset yliopistojen koulutusvastuusta, koulutukseen ottamisesta, koulutuksen tavoitteista ja järjestämistavasta, koulutusohjelmista sekä niiden pituudesta, tutkinnon suorittamisesta sekä erikoislääkärikoulutuksen yhteistyöelimistä.

2.1.3.1 Koulutusvastuu

Asetuksen 1 §:n mukaan erikoislääkärin tutkinto voidaan suorittaa Helsingin, Kuopion, Oulun, Tampereen ja Turun yliopistoissa.

2.1.3.2 Koulutukseen ottaminen

Erikoislääkärin tutkintoa suorittamaan voidaan ottaa henkilö, joka on saanut Suomessa oikeuden tai luvan harjoittaa lääkärin ammattia.

2.1.3.3 Koulutuksen tavoitteet

Erikoislääkärikoulutuksen tavoitteena on asetuksen 3 §:n mukaan perehdyttää lääkäri erikoisalansa tieteelliseen tietoon ja antaa hänelle valmiudet erikoislääkärin tehtäviin, ammattitaidon ylläpitämiseen ja erikoisalansa kehittämiseen sekä toimimiseen erikoislääkärinä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Erikoisalan lisäksi koulutuksessa perehdytään terveydenhuollon suunnitteluun, hallintoon ja moniammatilliseen yhteistyöhön.

2.1.3.4 Koulutusohjelmat

Asetuksen 4 §:n mukaan erikoislääkärin tutkintoon johtava koulutus järjestetään koulutusohjelmoina, joiden pituus täysipäiväisenä ohjattuna opiskeluna on viisi tai kuusi vuotta alasta riippuen. Asetuksen 5 §:ssä on lueteltu erikoislääkärikoulutuksen koulutusohjelmat, joita on yhteensä 49, sekä säädetty, että opetusministeriö päättää sosiaali- ja terveysministeriötä kuultuaan, mitä erikoislääkärin tutkintoon johtavia koulutusohjelmia kussakin yliopistossa on. Tämän säännöksen nojalla opetusministeriö on antanut 30.12.1998 edelleen voimassa olevat yliopistokohtaiset päätökset eri yliopistojen koulutusohjelmista. Nykyisin koulutusohjelmia koskevat päätökset tehdään yliopistolain 7 §:n 3 momentin (715/2004) nojalla, jonka mukaan siitä, mitä koulutusohjelmia kussakin yliopistossa on, säädetään yliopiston esityksestä opetusministeriön asetuksella.

Asetuksen 4 §:n 2 momentin mukaan kahden tai useamman koulutusohjelman opintojen yhteisistä osuuksista muodostetaan yhteinen koulutusrunko, kun tämä on perusteltua yhteisen aineksen laajuuden ja erikoislääkärin tehtävissä tarvittavien valmiuksien vuoksi. Koulutusrungolla tarkoitetaan joillekin erikoisaloille yhteisen koulutusosuuden järjestämistä niin, että varmistetaan koulutuksen riittävä laaja-alaisuus ja tarkoituksenmukaisuus terveystalouden järjestelmän kannalta sekä taataan mm. päivystystoiminnassa tarvittavat perusvalmiudet. Asetuksen perustelumuistion mukaan koulutusrungon käyttö on suositeltavaa myös muilla koulutusaloilla silloin, kun koulutussisällössä on suhteellisen laajasti yhteisiä osuuksia, vaikka koulutusrungon kautta ei olekaan tarkoitus tuottaa kyseisten alojen päivystysvalmiuksia. Koulutusrungon opintojen aikana voidaan ottaa huomioon suuntautuminen eriytyvälle erikoisalalle.

2.1.3.5 Tutkinnon suorittaminen

Asetuksen 6 §:n mukaan erikoislääkärin tutkinnon suorittamiseksi lääkärin tulee toimia kouluttajan ohjaamana yliopiston hyväksymässä erikoisalan koulutukseen tarkoitettussa virassa, toimessa tai tehtävässä (käytännön palvelu) koulutusohjelmasta riippuen viisi tai kuusi vuotta sekä osallistua tänä aikana yliopiston hyväksymällä tavalla säännölliseen toimipaikkakoulutukseen. Lääkärin tulee myös suorittaa yliopiston hyväksymä kurssimuotoinen teoreettinen koulutus, jonka laajuus on vähintään 80 tuntia, osallistua oman oppimisen ja koulutuksen toimivuuden kehittämisen ja arviointiin sekä suorittaa yliopistojen yhteistyönä järjestettävä valtakunnallinen erikoisalakohdainen kuulustelu.

Yliopisto voi asetuksen 6 §:n mukaan hyväksyä erikoislääkärin käytännön palveluksi perusterveyden lisäkoulutuksesta annetussa asetuksessa (1435/1993) tarkoitettun koulutuksen tai koulutusohjelmaan soveltuvan osan siitä. Yliopisto voi myös hyväksyä erikoislääkärin tutkintoon johtavaksi koulutukseksi opiskelun tai palvelun, jonka opiskelija on suorittanut ennen tutkintoon johtavan koulutuksen alkamista, ja koulutuksen aikana tapahtuvan palvelun muussa kuin yliopiston hyväksymässä virassa, toimessa tai tehtävässä.

2.1.3.6 Yliopistosairaalan ulkopuolinen koulutus

Valtioneuvoston asetuksella erikoislääkärin tutkinnosta annetun asetuksen 6 §:n muuttamisesta (1343/2002) asetukseen lisättiin säännös, jonka mukaan koulutusajasta vähintään puolet tulee suorittaa yliopistollisen sairaalan ulkopuolella ja tästä ajasta vähintään yhdeksän kuukautta terveystaloudessa. Asetuksen muutos perustui kansallisen terveyshankkeen yhteydessä 11.4.2002 annettuun valtioneuvoston periaatepäätökseen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamisesta. Periaatepäätös velvoitti opetusministeriön muuttamaan erikois(hammas)lääkärikoulutuksen asetuksia niin, että yliopistosairaalan ulkopuolista koulutusta koskeva vaatimus otetaan huomioon. Asetusta valmisteltaessa päätettiin, että terveystaloudessa suoritettava pal-

velu koskee kaikkia erikoisaloja. Muilta osin yliopistosairaalan ulkopuolella suoritettavan koulutuksen vaatimuksesta vapautettiin valmistelutyön pohjalta yhteensä kymmenen erikoisalaa, joiden osalta koulutusmahdollisuuksia on vain yliopistosairaaloissa.

Terveyskeskuksessa suoritettavan koulutuksen pidentämisen kuudesta kuukaudesta yhdeksään kuukauteen osalta asetuksen perustelumuistiossa otettiin kantaa säännöksen soveltamiseen kokeneiden lääkäreiden osalta. Perustelumuistion mukaan uudistettujen koulutusjärjestelyjen voimaan tullessa on tarkoituksenmukaista, että tiedekunnat voivat käyttää harkintaa silloin, kun arvioidaan erikoislääkärikoulutukseen hyväksytyn kokeneen lääkärin osalta sitä, voidaanko hänen aiempi perusterveydenhuollon palvelunsa katsoa riittäväksi asetuksen laajennettujen vaatimusten kannalta.

Yliopistosairaalan ulkopuolisten koulutuspaikkojen järjestämisessä on ollut ongelmia asetuksen (1343/2002) voimaantulosta lähtien. Osa erikoisaloista on ollut ongelmallisempia kuin toiset, mutta tilanne koulutuspaikkojen saatavuudessa vaihtelee. Ongelmia korostaa koulutuksessa olevien määrän kasvaminen. Jotta koulutuspaikan saamisen ongelmallisuus ei kohtuuttomasti häiritse erikoistuvien lääkäreiden opintoja, säännöstä yliopistosairaalan ulkopuolisesta koulutuksesta on muutettu valtioneuvoston asetuksella (401/2007), joka tuli voimaan 1.5.2007. Asetuksen mukaan yliopisto voi myöntää erikoisalakohdaisen poikkeuksen yliopistosairaalan ulkopuolella suoritettavan koulutusajan vaatimuksesta, jos keskussairaalat tai muut sairaalat eivät voi osoittaa koulutuspaikkaa kohtuullisen ajan kuluessa. Poikkeusta ei voida myöntää terveyskeskuspalvelun osalta.

Asetuksen perustelumuistion mukaan sääntöä yliopistosairaalan ulkopuolisesta koulutuksesta on edelleen pidettävä pääsääntönä. Poikkeusta ei tule myöntää, jos koulutuspaikka järjestyy yliopistosairaalan ulkopuolta noin kuuden kuukauden odotusajassa. Siinäkin tapauksessa, että yliopisto on myöntänyt erikoisalalle poikkeuksen, koulutusajasta tulisi mahdollisuuksien mukaan suorittaa osa yliopistosairaalan ulkopuolella, esimerkiksi jonotuslistan kautta. Tämä tarkoittaa perustelumuistion mukaan sitä, että yliopistojen tulee poikkeuksen voimassa ollessakin selvittää yliopistosairaaloiden ulkopuolisten koulutuspaikkojen saatavuus.

Koska yliopiston ulkopuolisten koulutuspaikkojen saatavuus perustuu terveyspalvelujärjestelmän, erityisesti sairaanhoitopiirien mahdollisuuteen tarjota koulutuspaikkoja, tulee yliopiston pyytää ennen poikkeuksen myöntämistä 8 §:ssä tarkoitetun erikoislääkärikoulutuksen alueellisen neuvottelukunnan lausunto. Alueellinen neuvottelukunta selvittää keskussairaaloiden ja muiden yliopisto-sairaalan ulkopuolisten sairaaloiden mahdollisuuden tarjota koulutuspaikka kohtuullisen ajan kuluessa ennen kuin ilmoittavat kantansa yliopistolle.

Koska koulutuspaikkatilanne erikoisalalla voi muutamassa vuodessa selvästi muuttua, poikkeus voidaan asetuksen mukaan myöntää enintään kolmen vuoden määräajaksi. Määräajan jälkeen tilanne erikoisalalla tulee arvioida uudelleen. Määräaika velvoittaa myös alueellista neuvottelukuntaa seuraamaan aktiivisesti alueensa lääkäritilannetta.

2.1.3.7 Erikoislääkärikoulutuksen yhteistyöelimet

Erikoislääkärikoulutusta koskevissa kysymyksissä valtakunnallisena yhteistyöelimenä toimii asetuksen 8 §:n mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 41 §:ssä tarkoitettu neuvottelukunta tai neuvottelukunnan jaosto. Neuvottelukunnan tehtävänä on antaa lausuntoja ja tehdä aloitteita terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutuksesta, ammattitoiminnasta ja viranomaisten välisestä yhteistyöstä. Neuvottelukunnan alaisen lääkäri- ja hammaslääkärijaoksen tehtävänä on avustaa neuvottelukuntaa lääkäreiden ja hammaslääkäreiden liikkuvuuteen, johtamiskysymyksiin ja koulutukseen liittyvissä kysymyksissä. Lisäksi jaoston tulee kehittää alueellista yhteistyötä alueellisten neuvottelukuntien kanssa.

Kunkin erikoislääkärikoulutusta antavan yliopiston yhteydessä on alueellista yhteistyötä varten erikoislääkärikoulutuksen alueellinen neuvottelukunta. Asetuksen 8 §:ään lisättiin asetuksella (401/2007) säännös, jonka mukaan neuvottelukunnassa on yliopiston, erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien kuntayhtymien sekä perusterveydenhuollon ja suunterveydenhuollon toimintayksiköiden nimeämiä jäseniä. Säännöksen tarkoituksena on varmistaa, että koulutusaikojen poikkeuksia koskevat kannanotot voidaan valmistella mahdollisimman nopeasti riittävän laajan terveystalvvelujärjestelmän tuntemuksen perusteella. Lisäksi neuvottelukunnan nimi muutettiin erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen alueelliseksi neuvottelukunnaksi, koska sen tehtäviin on alusta alkaen kuulunut myös erikoishammaslääkärikoulutukseen liittyvät kysymykset.

2.1.4 Valtioneuvoston asetus erikoishammaslääkäriin tutkinnosta (316/2003)

Erikoishammaslääkärikoulutusta koskeva valtioneuvoston asetus uudistettiin vuonna 2003. Uudessa asetuksessa otettiin huomioon koulutuksen kehittämisestä tehdyt ehdotukset (Erikoishammaslääkärikoulutuksen työryhmä, opetusministeriön työryhmien muistioita 17:2002) koulutuksen hajauttamisesta aiempaa laajemmin terveystalvvelujärjestelmässä tapahtuvaksi sekä edellä mainitun terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamista koskevan valtioneuvoston periaatepäätöksen velvoitteet koulutuksen suorittamisesta terveyskeskuksessa ja yliopistollisen sairaalan ulkopuolella.

2.1.4.1 Koulutusvastuu

Erikoishammaslääkäriin tutkinnon voi asetuksen 1 §:n mukaan suorittaa Helsingin yliopistossa, Oulun yliopistossa ja Turun yliopistossa.

2.1.4.2 Koulutukseen ottaminen

Erikoishammaslääkärin tutkintoa suorittamaan voidaan ottaa henkilö, joka on saanut Suomessa oikeuden harjoittaa hammaslääkärin ammattia laillistettuna hammaslääkärinä tai luvan toimia hammaslääkärin tehtävissä ja joka on työskennellyt päätoimisesti hammaslääkärin tehtävissä vähintään kaksi vuotta.

2.1.4.3 Koulutuksen tavoitteet

Asetuksen 3 §:n mukaan erikoishammaslääkärikoulutuksen tavoitteena on perehdyttää hammaslääkäri erikoisalansa tieteelliseen tietoon ja tiedonhankintaan sekä antaa hänelle valmiudet erikoishammaslääkärin tehtäviin, ammattitaidon ylläpitämiseen ja erikoisalansa kehittämiseen sekä toimimiseen erikoishammaslääkärinä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Erikoisalan opintojen lisäksi koulutuksessa perehdytään terveydenhuollon suunnitteluun, hallintoon, johtamiseen ja moniammatilliseen yhteistyöhön. Erikoishammaslääkärin tulee hallita vaativia diagnostisia menetelmiä ja hänellä tulee olla valmiudet suunnitella ja toteuttaa erikoisalansa vaativa preventiikka ja hoito yksilö- ja väestötasolla.

2.1.4.4 Koulutusohjelmat

Erikoishammaslääkärin tutkintoon johtava koulutus järjestetään asetuksen 4 §:n mukaan koulutusohjelmina, jotka ovat hampaiston oikomishoito, kliininen hammashoito, suu- ja leukakirurgia sekä terveydenhuolto. Koulutusohjelmien pituus on kolme vuotta lukuun ottamatta suu- ja leukakirurgian koulutusohjelmaa, jonka pituus on kuusi vuotta. Asetuksen 4 §:n mukaan yliopiston tulee sopia koulutusohjelman aloittamisesta ja lakkauttamisesta opetusministeriön kanssa. Vuonna 2005 voimaan tulleen yliopistolain 7 §:n 3 momentin mukaan yliopistojen koulutusohjelmista sekä siitä, mitä koulutusohjelmia kussakin yliopistossa on, säädetään yliopiston esityksestä opetusministeriön asetuksella. Kumotun erikoishammaslääkärin tutkinnosta annetun asetuksen (629/1984) nojalla opetusministeriö on vuonna 1985 ja 1987 antanut päätökset yliopistojen koulutusohjelmista, jotka ovat edelleen voimassa.

2.1.4.5 Tutkinnon suorittaminen

Asetuksen 5 §:n mukaan erikoishammaslääkärin tutkinnon suorittamiseksi erikoistuvan hammaslääkärin on osallistuttava yliopiston vahvistaman opetussuunnitelman mukaiseen teoreettiseen opetukseen ja suoritettava hyväksytysti vaadittu käytännön koulutus kouluttajan ohjaamana yliopiston hyväksymässä erikoisalan koulutukseen tarkoitettussa virassa tai tehtävässä sekä osallistuttava käytännön koulutuksen aikana säännölliseen toimipaikkakoulutukseen yliopiston hyväksymällä tavalla. Erikoistuvan hammaslääkärin on

myös osallistuttava oman oppimisen ja koulutuksen toimivuuden kehittämiseen ja arviointiin sekä osoitettava saavuttaneensa tutkinnon tavoitteet suorittamalla valtakunnallinen erikoisalakohdainen kuulustelu.

Terveystieteiden tulevaisuuden turvaamiseksi annetun valtioneuvoston periaatepäätöksen vaatimukset on asetuksessa otettu huomioon vastaavasti kuin erikoislääkärin koulutuksessa annetussa asetuksessa. Käytännön koulutuksesta on asetuksen 5 §:n mukaan vähintään puolet suoritettava yliopistollisen sairaalan ulkopuolella ja tästä ajasta vähintään yhdeksän kuukautta terveyskeskuksessa. Tästä vaatimuksesta voidaan poiketa suu- ja leukakirurgian alalla terveyskeskuspalvelua lukuun ottamatta.

Yliopisto voi hyväksyä terveyskeskuksessa suoritettavaksi käytännön koulutukseksi terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen 6 §:ssä tarkoitetun terveyskeskuksen hammaslääkärin tehtävissä suoritettua käytännön palvelun tai sitä vastaavan aiemman terveyskeskuksessa suoritettua palvelun.

2.1.4.6 Koulutuksen yhteistyöelimet

Asetuksen 7 §:n mukaan valtakunnallisena yhteistyöelimenä erikoishammaslääkärikoulutusta koskeissa kysymyksissä toimii terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 41 §:ssä tarkoitettu terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunta. Alueellisina yhteistyöeliminä yliopistojen yhteydessä toimivat alueelliset neuvottelukunnat.

2.1.5 Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994)

Terveystieteiden ammattihenkilöistä annetussa laissa säädetään erikoislääkärin ja erikoishammaslääkärin tutkinnon jälkeen haettavasta laillistuksesta. Lain 4 §:n (1030/2000) mukaan Terveystieteiden oikeusturvakeskus (TEO) myöntää hakemuksesta oikeuden harjoittaa erikoislääkärin tai erikoishammaslääkärin ammattia laillistettuna ammattihenkilönä Suomen kansalaiselle tai ulkomaalaiselle, joka on suorittanut terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen (564/1994) 8 §:ssä tarkoitetun tutkinnon Suomessa.

2.2 Opinto-oppaiden pysyväismääräykset

Erikoislääkärikoulutusta koskevat pysyväismääräykset ovat lääketieteellisten tiedekuntien yhteisesti sopimat lainsäädäntöä tarkentavat käytännön menettelytavat, jotka koskevat kaikkia erikoisaloja ja kaikkia tiedekuntia. Lähteenä on käytetty Oulun yliopiston opinto-oppaan 2007–09 pysyväismääräyksiä.

2.2.1 Hallinto ja päätöksenteko

Opinto-oikeuden hakeminen. Opinto-oikeutta erikoislääkärin tutkinnon suorittamista varten haetaan lääketieteellisiltä tiedekunnilta. Opinto-oikeus myönnetään vain yhteen koulutusohjelmaan kerrallaan ja erikoislääkärin tutkinnon voi suorittaa vain yhdessä yliopistossa kerrallaan. Opinto-oikeuden hakemiselle ja sen yhteydessä tehtävälle ensimmäiselle ilmoittautumiselle ei ole asetettu määräaikaa.

Erikoistuvan lääkärin tulee tutustua opinto-oppaassa selvitettyihin oman erikoisalansa vaatimuksiin sekä laatia henkilökohtainen koulutussuunnitelma yhdessä koulutusohjelman vastuuhenkilön kanssa sekä pitää lokikirjaa saamastaan koulutuksesta. Lisäksi hänen tulee osallistua oman oppimisensa arviointiin ja koulutuksen kehittämiseen.

Koulutusohjelman vastuuhenkilö toimii oman koulutusohjelmansa osalta asiantuntijana ja vastaa koulutusohjelman toteuttamisesta. *Vastuuhenkilön tulee hyväksyä erikoistuvan lääkärin henkilökohtaiset koulutussuunnitelmat sekä seurata ja arvioida koulutuksen ja oppimisen edistymistä.*

Kouluttaja on koulutuksen vastuuhenkilön nimeämä. Hän vastaa osaltaan koulutuksen toteutumisesta ja osallistuu arviointiin. Yliopistosairaalan ulkopuolisessa koulutuspaikassa kouluttajaksi haluava hakee koulutusosoikeuksia yliopistolta. Kun yliopisto on myöntänyt hänelle koulutusosoikeudet, *vastaa ao. kouluttaja koulutuspaikan koulutusedellytyksistä ja osallistuu arviointiin.*

Henkilökohtainen ohjaaja (tuutori) on erikoistuvan lääkärin tukihenkilö ja ohjaa osaltaan erikoistuvaa lääkärinä tämän työtehtävissä ja *huolehtii laaditun koulutussuunnitelman tarkoituksenmukaisuudesta sekä teoriakoulutuksen että käytännön koulutuksen osalta. Ohjaaja osallistuu myös arviointeihin.*

Koulutusyksiköiden (yliopistojen lääketieteelliset tiedekunnat) toimivaltaan kuuluu päättää siitä, mitkä virat, toimet tai tehtävät ovat erikoislääkärikoulutukseen soveltuvia koulutusvirkoja. *Koulutusyksiköt hyväksyvät koulutussopimukset, jotka on tehty yliopistosairaalan ja yliopistosairaalan ulkopuolisten koulutuspaikkojen kanssa. Koulutusyksiköt valvovat erikoislääkärikoulutusta vastuualueensa sairaaloissa, terveyskeskuksissa ja muissa yksiköissä.*

Yliopistollisissa sairaaloissa ja muissa koulutuspaikoissa, joiden kanssa on tehty koulutussopimukset, suoritetaan erikoistuvien valinnat koulutusvirkoihin. *Erikoistuvan lääkärin valinnasta koulutusvirkaan neuvotellaan vastuuhenkilön kanssa.*

Alueelliset neuvottelukunnat toimivat yliopistojen yhteydessä *alueellisina yhteistyöeliminä erikoislääkärikoulutuksen määrällisessä ja laadullisessa kehittämisessä.* Sen lisäksi ne tekevät selvitykset koulutuspaikkojen saatavuudesta sekä antavat lausunnot yliopistolle koskien poikkeuspäätöstä yliopistosairaalan ulkopuolella suoritettavan koulutusajan vaatimuksista.

2.2.2 Koulutuksen rakenne

Erikoislääkärikoulutuksen tulee olla suunniteltua ja ohjattua. Erikoistumisen aikana erikoistuva lääkäri *osallistuu normaaliin kliiniseen työhön ja hankkii näin erikoisalansa käytännön taidot.*

Terveyskeskuksessa suoritettava palvelu. Kaikkien erikoisalojen koulutukseen tulee sisältyä terveyskeskuksessa suoritettavaa palvelua vähintään 9 kuukautta. Terveyskeskusjakson aikana *erikoistuvan lääkärin tulee tutustua laaja-alaisesti ja monipuolisesti terveyskeskuksen useaan toiminta-alueeseen ohjaajan ohjauksessa.* Terveyskeskuspalvelun sisältö tulee selvittää ohjaajan antamassa työtodistuksessa. Siinä tulee myös esittää koulutusjakson pituus ja viikkotuntimäärä. *Terveyskeskusjakso suoritetaan koulutusyksikön hyväksymissä terveyskeskuksissa, joiden kanssa yleislääketieteen laitos on tehnyt koulutussopimuksen.*

Erikoislääkärikoulutukseen sisältyvä terveyskeskusjakso suoritetaan samoja periaatteita noudattaen kuin perusterveydenhuollon lisäkoulutuksessa. Eri toiminta-alueisiin tutustumisen lisäksi on tärkeää, että koulutuksessa olevalla lääkärillä on mahdollisuus saada kuva potilaan kokonaishoidosta, hoidon porrastuksesta ja hoitoa tukevista konsultaatiomahdollisuuksista sekä lääkärin työn kliinisestä hallinnasta. Myös kokemuksen saaminen moniammatillisesta tiimityöstä ja tiimin johtamisesta osana nykyaikaista työyhteisöä kuuluu koulutusvaiheen sisältöihin.

Hyväksytyssä koulutuspaikassa tulee täyttyä ainakin seuraavat kriteerit:

- *Koulutuspaikassa tulee olla tehtävään nimetty ohjaaja-/kouluttajalääkäri, joka vastaa työn monipuolisuudesta, käytännön työn ohjauksesta ja antaa todistuksen suoritetusta palvelusta. Hänellä tulee olla mahdollisuus kouluttautua tehtävään yliopiston kanssa sovitulla tavalla.*
- Koulutuspaikassa on säännöllistä toimipaikkakoulutusta vähintään 100 tuntia vuodessa.
- Opiskelijalla on halutessaan mahdollisuus osallistua ulkopuoliseen koulutukseen keskimäärin yhtenä päivänä kuukaudessa.
- Opiskelijan käytössä ovat sähköposti sekä yhteydet verkossa oleviin tietokantoihin ja kirjastoihin.

Lääkärin tulisi perehtyä useaan toiminta-alueeseen mm. terveyskeskuksen ajanvarausvastaanottoon, päivystykseen, lastenneuvolan sekä äitiysneuvolan toimintaan, kotisairaanhoidon, vuodeosastotoimintaan, mielenterveystyöhön sekä vanhainkodin ja palvelutalon toimintaan. Terveyskeskuspalvelun laaja-alaisuus ja monipuolisuus tulee toteutua 9 kuukauden aikana. Mikäli palvelu suoritetaan jaksoissa eri terveyskeskuksissa, tulee opiskelijan itse huolehtia siitä, että eri terveyskeskusjaksojen aikana hän perehtyy useaan toiminta-alueeseen. Terveyskeskuspalvelun aikana suositellaan käytettäväksi lo-

Lyhin palvelujakso on kuukausi. Koulutus voidaan suorittaa osittain myös osa-aikaisella palvelulla, jolloin kokonaispalveluaika vastaavasti pitenee. Osa-aikaisen palvelun sisällön tulee olla täyspäiväistä palvelua vastaavaa. Palvelua ei voida suorittaa kokonaisuudessaan osa-aikaisilla palvelussuhteilla vaan koulutukseen tulee sisältyä kokopäivätoimista palvelua vähintään 3 kuukautta terveyskeskuksessa.

Yliopistosairaalan ulkopuolinen koulutus ja runkokoulutus. Joidenkin sisällöltään läheisten erikoisalojen koulutukseen sisältyy ns. runkokoulutus. Yhteinen runko-osa suoritetaan pääsääntöisesti yliopistosairaalan ulkopuolisissa koulutuspaikoissa. Runkokoulutusjaksolle voidaan nimetä oma vastuuhenkilö. Yliopistosairaalan ulkopuolisessa koulutuspaikassa työtä ohjaavat koulutusyksikön hyväksymä kouluttaja, henkilökohtainen ohjaaja ja muut erikoislääkärit. Runkokoulutuksen jälkeen siirrytään sen alan eriytyvään koulutukseen, millä alalla erikoislääkärin tutkinto suoritetaan. Runkokoulutus tulee pääsääntöisesti suorittaa ennen eriytyvän koulutuksen aloittamista. *Runkokoulutuksen päättyessä tarkistetaan henkilökohtainen koulutussuunnitelma ja varmistetaan, että runkokoulutuksen tavoitteet on saavutettu (mm. riittävä laaja-alaisuus ja pätevystoiminnassa tarvittavat valmiudet).*

2.2.3 Arviointi ja erikoistuvan lääkärin ohjaus

Henkilökohtainen koulutussuunnitelma ja lokikirja. Vastuuhenkilö tai hänen valtuuttamansa kouluttaja tekee yhdessä erikoistuvan lääkärin kanssa tämän *henkilökohtaisen koulutussuunnitelman heti erikoistumisen alussa, jo ennen runkokoulutuksen alkua.* Erikoistuvan lääkärin aikaisempi työkokemus ja omat oppimistavoitteet otetaan suunnitelmaa laadittaessa huomioon. *Suunnitelmasta tulee käydä ilmi koulutukselle asetettavat tavoitteet sekä eri koulutusvaiheiksi hyväksyttävät ajanjaksot ja suunnitellut koulutuspaikat.* Koulutuksen edistymisestä tulee raportoida viimeistään runkokoulutusvaiheen lopussa, mutta tarvittaessa jo aikaisemmin. Koulutuksen seurannasta vastaa koulutuksen vastuuhenkilö.

Erikoislääkärikoulutuksen arviointi. Oppimisen ja koulutuksen *arvioinnin perustan muodostavat etukäteen asetetut tavoitteet, joihin suorituksia ja saavutuksia toistuvasti verrataan.* Koulutusohjelmalla ja myös sen eri jaksoilla tulee olla selkeät ja tarkoituksenmukaiset tavoitteet. Arvioinnissa voidaan käyttää apuna sitä varten laadittuja lomakkeita. Koulutuksen vastuuhenkilö vastaa koulutuksen seurannasta. *Vastuuhenkilö ja erikoistuva lääkäri arvioivat koulutuksen alussa yhdessä asettamiensa tavoitteiden saavuttamista toistuvasti ja laativat koulutuksen etenemisestä yhteenvedon vähintään vuosittain.* Erikoistuva lääkäri ja hänen henkilökohtainen ohjaajansa/tuutorinsa selvittävät yhdessä eri koulutusjaksojen alkaessa jaksolle asetetut tavoitteet, sovittavat ne yhteen erikoistujan henkilökohtaisten tavoitteiden kanssa sekä arvioivat oppimista jaksojen ja koulutusohjelmien tavoitteiden pohjalta jaksojen aikana ja niiden lopulla.

Valtakunnallinen kuulustelu. Koulutusyksiköt vahvistavat kuulusteluvaatimukset koulutusohjelmien kuulustelijoiden valtakunnallisesti sovitusta yhte-

näisestä esityksestä. Vaatimukset tarkistetaan kahden vuoden välein. Kuulustelu perustuu paitsi koulutusohjelmassa mainittuun kirjallisuuteen, lehtiin ja lainsäädäntöön, myös siihen kunkin erikoisalan käytännön tietoon, joka erikoistuvalla lääkärille on kertynyt.

Teoreettinen koulutus. Teoreettinen kurssimuotoinen koulutus on perusopintoja syventävää ja alalla toimimisen kannalta tärkeitä aihekokonaisuuksia käsittelevää opetusta. Suoritettavien kurssien tulee muodostaa erikoistumisen kannalta mielekäs kokonaisuus. Suunnitelma teoreettisen kurssimuotoisen koulutuksen eri osa-alueista tehdään henkilökohtaisen koulutussuunnitelman yhteydessä.

Asetuksen mukaan erikoislääkärin tutkintoon kuuluu vähintään 80 tuntia teoreettista kurssimuotoista koulutusta. Erikoishammaslääkärikoulutuksessa teoreettisen koulutuksen osuus on 40 tuntia vuodessa (lukuun ottamatta terveydenhuollon koulutusohjelmaa, jossa teoreettisen koulutuksen osuus on 60 opintoviikkoa sisältäen tutkielman). Teoreettiseen koulutukseen sisältyy myös alalla toimimisen kannalta oleellista *johtamiseen ja hallintoon* perehdyttävää koulutusta *vähintään 20 tuntia*. Koulutuksen suositellaan sisältävän luentojen ohella aktivoivia opetusmenetelmiä (pienryhmäopetus, tehtävät yms.). Koulutuksen järjestäjältä edellytetään palautteen keräämisestä koulutuksesta kurssimuotoisen koulutuksen laadun kehittämiseksi.

Työnantajan, joka saa valtion maksamaa tukea erikoislääkärikoulutuksesta, tulee antaa erikoistuvalla lääkärille työaikana mahdollisuus osallistua vuosittain kurssimuotoiseen koulutukseen ja osallistua tästä aiheutuviin kustannuksiin. Teoreettinen koulutus tulee voida suorittaa erikoistumiseen varausajassa.

2.3 Koulutus-EVO-korvaus

Lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen kustannusten korvaamiseksi on yliopistosairaaloille ja muille terveydenhuollon yksiköille maksettu erityistä valtionosuutta (ns. koulutus-EVO) vuodesta 1972 lähtien. Erikoissairanhoidon lain (1227/2004 47 § b) mukaan lääkäri- ja erikoislääkärikoulutuksesta suoritettavan korvauksen suuruudesta, käytöstä ja muista perusteista säädetään sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella.

15.2.2007 sosiaali- ja terveysministeriön antamassa asetuksessa (168/2007) säädetään (hammas)lääkärikoulutuksen korvauksen perusteista vuonna 2007. Yliopistollista sairaalaa ylläpitävälle kuntayhtymälle suoritettavan korvauksen suuruus on 62 600 euroa kutakin erikois(hammas)lääkärin tutkintoa kohden. Jos yliopisto käyttää erikois(hammas)lääkärin erikoistumiskoulutukseen muuta terveydenhuollon toimintayksikköä kuin yliopistollista sairaalaa, palvelujen tuottajalle koulutuksesta aiheutuvista kustannuksista suoritettavan korvauksen suuruus on 1 329 euroa yliopiston hyväksymää koulutuskautta kohden. Jos yliopistollisessa sairaalassa annetaan liikuntalääketieteeseen, terveydenhuollon, työterveyshuollon, yleislääketieteen erikoislääkärin tai ter-

veydenhuollon erikoishammaslääkärin tutkintoon johtavan koulutusohjelman mukaista koulutusta, tutkinnon sijasta korvauksena suoritetaan 1 329 euroa yliopiston hyväksymää koulutuskuukautta kohden. Kunnalle tai kuntayhtymälle annettua yliopiston hyväksymän koulutuksen koulutusvastuuta ei voida siirtää kolmannelle taholle (sosiaali- ja terveysministeriön kuntatiedote 08/2006).

Lisäksi Työterveyslaitokselle suoritetaan valtion varoista määrärahaa kustannuksiin, jotka aiheutuvat yliopiston hyväksymästä työterveyshuollon erikoislääkärikoulutuksesta. Koulutustoiminnan kustannuksiin suoritettavan määrärahan suuruus perustuu kolmen edellisen vuoden tutkintojen lukumäärän keskiarvoon. Työterveyslaitos voi käyttää määrärahaa itse antamaan erikoislääkäri-koulutukseen tai maksaa määrärahasta koulutuskorvausta yliopistoille, yksityiselle palvelujen tuottajille tai työnantajan ylläpitämille työterveysasemille. Koulutuskorvausta ei voida maksaa muille yksityisille terveydenhuollon palveluntuottajille (sosiaali- ja terveysministeriön kuntatiedote 08/2006). Työterveyslaitoksen tulee antaa vuosittain sosiaali- ja terveysministeriölle selvitys määrärahan käytöstä. Työterveyshuollon koulutus-EVO-päätös on voimassa 31.12.2009 saakka. Lain vaikutuksista on kuitenkin 31.12.2007 mennessä laadittava selvitys, miten se on vaikuttanut työterveyshuollon erikoislääkärikoulutuksen laatuun, valmistuvien työterveyshuollon erikoislääkäreiden määrään sekä lääkäreiden saatavuuteen kansanterveyslain mukaisiin terveyskeskuksiin (EV 207/2004 - HE 156/2004).

2.4 Täydentävä, ei-tutkintoon johtava koulutus

2.4.1 Yliopistolliset lisäkoulutusohjelmat

Kun erikoisalojen lukumäärää 1990-lopulla vähennettiin, asetuksen 678/1998 perustelumuiistiossa mainittiin keinoksi turvata tarvittava erityisosaaminen yliopiston antamalla lisäkoulutuksella. Ensimmäiset lisäkoulutusohjelmat perustettiin marraskuussa 2002 (neuroradiologia ja lastenradiologia) ja maaliskuussa 2003 (gynekologinen onkologia ja lisääntymislääketiede). Tähän mennessä on perustettu 37 lisäkoulutusohjelmaa (Liite 1), useimmat lastentautien (n=10), radiologian (n=6) sekä gynekologian (n= 4) ja anestesiolgian (n=4) erikoisaloille. Noin puolet perustetuista lisäkoulutuskoulutusohjelmista vastaa aiempia suppeita erikoisaloja. Uusia lisäkoulutuksen erityisosaamisalueita on 19.

Lisäkoulutusjärjestelmä on terveystalvelujärjestelmän (työnantajan) tarpeista lähtevää ja sen resurssien varassa toimivaa koulutusta. Joillakin erikoisaloilla tarpeet kohdistuvat vain yliopistosairaaloihin, joillakin erikoisaloilla on kyse laajemmasta kuin yliopistosairaalan tarvitsemasta erityisosaamisesta.

Tiedekunnat ottivat käyttöön valtakunnallisen lisäkoulutusohjelmien ohjeistuksen 23.11.2003. Tiedekuntien lisäkoulutusta koskeva ohjeistuksessa koulutus-

ohjelman perustaminen ja hyväksyminen tiedekuntaneuvostossa edellyttävät kuvausta terveysterveyspalvelujärjestelmän tarpeesta ja erikoisalan esittämää yhte-näistä valtakunnallista lisäkoulutusohjelmaa. Lisäkoulutusohjelman tarve ar-vioidaan viiden vuoden välein.

Kahden vuoden mittainen lisäkoulutus suoritetaan erikoistumisen jälkeen ja siihen sisältyy vähintään 60 tuntia teoreettista koulutusta käytännön pal-velujen ohella. Lisäkoulutusohjelmaan liittyy kuulustelu, jonka voi suorit-taa erikoislääkäritentti yhteydessä. Tiedekunnat eivät vastaa kuulustelusta ai-heutuvista kustannuksista. Lisäkoulutuksen hallinnosta, tenttijärjestelyistä ja kuulusteluvaatimusten yhtenäisyydestä vastaa erikoisala.

Tiedekunnassa rekisteröidään lisäkoulutusohjelmaan erikoislääkäri, jolle kou-lutuksen vastuuhenkilö on tehnyt koulutussuunnitelman yhdessä koulutetta-van kanssa. Lääketieteellinen tiedekunta/ erikoisala antaa lisäkoulutusohjel-man suorittamisesta todistuksen, josta ilmenee valtakunnallisesti hyväksytty lisäkoulutusohjelman vaatimukset ja niiden suorittaminen. Erikoislääkärin li-säkoulutus ei johda asetuksella säädettyyn tutkintoon, eikä siitä makseta kou-lutus-EVO-korvausta.

2.4.2 Suomen Lääkäriliiton ja Suomen Hammaslääkäriliiton erityispätevyysjärjestelmät

Suomen Lääkäriliitto perusti vuonna 1993 erityispätevyysjärjestelmän tuke-maan jäsenistönsä täydennyskoulutusta ja ammatillista kehittymistä. Erityis-pätevyysohjelmien hyväksyminen, valvonta ja koordinointi ovat Lääkäriliit-ton vastuulla ja erityispätevyyden myöntäminen edellyttää hakijalta Suomen Lääkäriliiton jäsenyyttä. Lääkäriliiton erityispätevyydet eroavat yliopistollisista lisäkoulutusohjelmista siten, että lisäkoulutuksen piiriin kuuluu pää-sääntöisesti yhden erikoisalan syventävä koulutus. Lääkäriliiton erityispäte-vyyssjärjestelmä puolestaan kattaa pääsääntöisesti monialaisen koulutuksen, joka kokoaa yhteen kyseisen alueen asiantuntijat. Lääkäriyhdistys tai yhdis-tysten yhteenliittymä toimii erityispätevyyden käytännön koulutuksesta vas-taavana tahona.

Tällä hetkellä myönnettyjä erityispätevyysohjelmia on 32 (Liite 2). Erityispä-tevyyden voi muodostaa jokin eri erikoisalojen yhteinen alue, joka edellyttää erityisosaamista perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa tai yksityis-sektorilla. Ehdotukseen liitetään lausunnot kyseisten alojen erikoislääkäriyh-distyksiltä ennen sen lähettämistä Lääkäriliiton koulutusvaliokuntaan, joka pyytää tarvittaessa lausunnot myös lääketieteellisten tiedekuntien erikoislää-käritoimikunnilta. Erityispätevyysohjelman mukaisen käytännön palvelun on kestettävä vähintään kaksi vuotta, minkä lisäksi ohjelma sisältää teoreettista kurssimuotoista koulutusta vähintään 40 tuntia ja tarvittaessa kuulustelun.

Jos erityispätevyyskoulutuksessa on selvää päällekkäisyyttä erikoislääkärikou-lutuksen kanssa, koulutusvastuu voidaan siirtää yliopistoille. Erityispätevyys-ohjelma voidaan myös lakkauttaa, jos ohjelma on todettu käytännössä toimi-

mattomaksi, sen ajan tasalla pitämisestä ei ole huolehdittu tai sen puitteissa ei ole myönnetty pätevyyskysymyksiä viimeisten viiden vuoden aikana.

Suomen Hammaslääkäriliitolla on käytössä viisi erityispätevyyttä (vastaava hammaslääkäri, suugeriatria, oikeushammaslääketiede, kivunhoito sekä kansainvälinen terveydenhuolto). Erityispätevyyksiä on myönnetty vuodesta 1996 alkaen kaikkiaan 114 kpl yhteensä 112 henkilölle, joista vastaavan hammaslääkärin erityispätevyyksiä on myönnetty 71 hammaslääkärille. Pätevyydet myöntää Suomen Hammaslääkäriliiton hallitus ao. erityispätevyysoikemikunnan esityksestä. Erityispätevyyden saaminen edellyttää Hammaslääkäriliiton jäsenyyttä ja ao. ohjelman suorittamista, mihin yleensä sisältyy sekä kurssimuotoista koulutusta että käytännön harjaantumista. Pohjakoulutuksena on hammaslääketieteen lisensiaatin tutkinto muissa paitsi kivunhoidon erityispätevyydessä, jossa vaadittavana pohjakoulutuksena kliinisen alan erikoishammaslääkäritutkinto.

3 Katsaus kansainväliseen erikoislääkärikoulutukseen

3.1 Eurooppalainen erikoislääkärikoulutus (koulutusjohtaja Hannu Halila, Suomen Lääkäriliitto)

3.1.1 Direktiivi 2005/36/EY ammattipätevyyden tunnustamisesta

Ensimmäinen lääkäreiden vapaata liikkuvuutta koskeva direktiivi annettiin vuonna 1975. Vuonna 1986 annettiin direktiivi yleislääketieteen erityiskoulutuksesta ja erilliset lääkäridirektiivit koottiin yhteen vuonna 1993. Pitkällisen valmistelun jälkeen lokakuussa 2005 EU:ssa annettiin uusi direktiivi ammattipätevyyden tunnustamisesta. Direktiivin 2005/36 määräykset erikoislääkärikoulutusta koskien ovat varsin yleisellä tasolla. Koulutukseen pääsyn edellytyksistä todetaan, että hakijan tulee olla suorittanut hyväksytysti kuuden vuoden opinnot lääkärin peruskoulutuksessa. Erikoistumiskoulutuksen on käsitettävä teoreettista ja käytännöllistä opetusta ja se suoritetaan yliopistollisessa laitoksessa tai sairaalassa tai tarvittaessa toimivaltaisten viranomaisten tai elinten tätä tarkoitusta varten hyväksymässä terveydenhuollon yksikössä.

Jäsenvaltioiden on varmistettava lääketieteen erikoisalojen erikoistumiskoulutuksen vähimmäiskesto. Erikoisalat on direktiivissä jaettu kolmeen ryhmään keston perusteella (3, 4 ja 5 vuotta). Kolmen vuoden kategorian poistamisesta ja uuden kuuden vuoden kategorian perustamisesta on käyty keskustelua pitkään. Jäsenvaltioissa vallitsee yksimielisyys siitä, että nykyisin minkään erikoisalan koulutuksen ei voida katsoa olevan vain kolme vuotta.

Direktiivin liitteessä on lueteltu automaattisen tunnustamisen piirissä olevat lääketieteen erikoisalat, joiden tulee uudessa direktiivissä olla yhteisiä vähintään 2/5 jäsenvaltioista (vähintään 11 jäsenvaltiota). Direktiivissä on nykyisin mainittuna 52 lääketieteen erikoisalaa, jotka on tarkoitettu helpottamaan työvoiman liikkuvuutta EU:n ja Euroopan talousalueen (ETA) piirissä. Direktiivissä ei ole erikseen käsitelty pää- ja suppeita erikoisaloja, joiden olemassaolo riippuu kansallisesta päätöksenteosta. Yleislääketiede ei sisälly direktiivissä mainittujen erikoisalojen joukkoon. Pohjoismaiden kaltainen yleislääketieteen spesialiteetti on olemassa nykyisin runsaassa kymmenessä EU-maassa. Useimmissa EU-maissa yleislääkärin koulutus pohjautuu aiemmin kaksivuotiseen ja vuoden 2006 alusta eurooppalaisella tasolla kolmivuotiseen yleislääketieteen erityiskoulutukseen, josta meillä käytetään nimitystä perusterveydenhuollon lisäkoulutus.

3.1.2 Eurooppalaisen erikoislääkärikoulutuksen hallinnointi ja rakenne

Direktiivi 2005/36 säätelee ainoastaan työvoiman liikkuvuutta ja sitä koskevia koulutuksen minimivaatimuksia. Kansallisen päätösvallan piiriin jää, miten erikoislääkärikoulutus organisoidaan. Kussakin EU-maassa on ns. toimivaltainen viranomainen, joka vastaa erikoislääkärikoulutuksesta ja antaa sitä koskevia todistuksia. Tätä koskevat järjestelmät vaihtelevat suuresti eri EU/ETA-maissa. Toimivaltaisia viranomaisia voivat olla terveysministeriöt tai niiden alaiset laitokset (esim. Ruotsi ja Tanska), yliopistot (Suomi ja Italia), kansalliset lääkäriiliitot (esim. Norja, Portugali ja Saksa) tai tätä varten luodut ammatilliset toimielimet, jotka ovat erillään lääkäriiliitoista (esim. Yhdistyneet Kuningaskunnat, Irlanti ja niiden Royal Colleges).

Myös erikoistumassa olevien lääkärien valintamenetelmät vaihtelevat suuresti eri maiden välillä. Eräissä maissa (esimerkiksi Ranska, Espanja, Portugali, Italia) järjestelmä on hyvin keskitetty ja muodollinen, kun taas useimmissa maissa järjestelmä perustuu yksittäisen lääkärin hakemukseen sairaalaan tai muuhun koulutusyksikköön. Useimmissa Euroopan maissa erityisesti sisätautien ja kirurgian aloilla on käytössä runkokoulutus (common trunk), jonka pituus on yleensä kaksi vuotta ennen hajautumista eri itsenäisille erikoisaloille.

Monissa maissa erikoistuvien lääkäreiden tulee käyttää lokikirjaa eri koulutusvaiheiden kirjaamiseksi. Koulutuksen laadunarvioinnissa käytetään erilaisia menetelmiä, esim. arviointikäynnit, lokikirjojen monitorointi ja vastuukouluttajan pätevyyden arviointi. Osassa EU-maista on käytössä kirjallinen erikoislääkärikuulustelu (ainakin Itävalta, Suomi, Saksa, Kreikka, Italia, Portugali ja Yhdistynyt Kuningaskunta).

Kaikissa Euroopan maissa koulutus on yhdistelmä käytännön työtä ja teoreettisia opintoja, mutta näiden suhteet koulutuksessa vaihtelevat. Koska direktiivissä ei ole puututtu koulutuksen sisältöön kuin yleisellä tasolla ja lähinnä koulutuksen minimikeston, vuonna 1958 perustetun Euroopan erikoislääkäriiliiton (UEMS, Union Européenne des Médecins Spécialistes) toiminnan keskeisenä tavoitteena on ollut yhteisten koulutussuosittelusten laatiminen. UEMS:ssa toimii tällä hetkellä 37 erikoisalaspektiä. Niiden alaiset, koulutusta käsittelevät lautakunnat (European Boards) ovat laatineet eri erikoisaloille koulutussuosituksia. Vaikka suositukset eivät voi missään tapauksessa olla edellytys työvoiman liikkuvuudelle, niistä on useilla erikoisaloilla muodostunut eurooppalainen standardi, johon koulutusta verrataan. Eräät UEMS:n piirissä toimivat erikoisalat järjestävät eurooppalaisia erikoislääkäritenttejä ja koulutusyksiköiden auditointeja.

Euroopan Unionissa on pitkään pyritty säätelemään erityisesti erikoistuvien lääkäreiden työaikoja, jotka varsinkin Brittein saarilla ovat lähennelleet lähes amerikkalaisten erikoistuvien lääkäreiden (residents) työmääriä. Vielä 1990-luvun lopulla Englannissa viikkotyöaika oli keskimäärin yli 80 tuntia. EU:n työaikadirektiivin mukaan viikkotyöajan ei tulisi ylittää keskimäärin 48 tuntia. Voimassaolevaa direktiiviä rikotaan kuitenkin laajalti ympäri Eurooppaa. Direktiivin 2005/36 mukaan (25 artikla) erikoistuvalla lääkärillä maksetaan suorittamistaan tehtävistä asianmukainen palkka.

3.1.3 Pohjoismaiden erikoislääkärikoulutus

Pohjoismaiden välillä on jo vuodelta 1965 peräisin lääkärin yhteispohjoismaisia työmarkkinoita koskeva sopimus. Tätä sopimusta on jatkettu EU-aikanakin, koska sopimus mahdollistaa ns. kolmansissa maissa suoritettujen lääkärintutkintojen tunnustamisen Pohjoismaissa. Pohjoismaisen käsityksen mukaan koulutus on käytännönläheisempää ja uuden erikoislääkärin valmiudet toimia käytännössä terveydenhuollossa ovat keskimäärin paremmat Etelä-Eurooppaan verrattuna.

Taulukko 1. Erikoislääkärikoulutuksen kesto ja erikoisalojen lukumäärä eri Pohjoismaissa vuonna 2006

Erikoistumisen kesto	Erikoisalot	Suppeat erikoisalot	Lisäkoulutusohjelmat	Yhteensä
Islanti 4.5 – 7.5 vuotta	33	39		72
Norja 5 – 7 vuotta	30	13		43
Ruotsi vähintään 5 vuotta	31	23	2	56
Suomi 5 – 6 vuotta	49	-	37	86*
Tanska 5 – 6 vuotta	37	-		37

* Lisäksi Suomen Lääkäriliitossa on 32 erityispätevyysohjelmaa.

Ruotsi palasi vuonna 2005 suppeiden erikoisalojen järjestelmään, minkä jälkeen erikoisalojen lukumäärä nousi 54:ään. Ratkaisulla haetaan helpotusta kirurgian ja sisätautien alojen päivystysjärjestelyjen ongelmiin sekä kliinisen tutkimustyön vaikeutumiseen. Pää- ja suppeiden erikoisalan ohella Ruotsissa on kaksi lisäkoulutusta (kivunhoito ja akuutti lääketiede), jotka voi suorittaa minkä tahansa erikoisalan lisäkoulutuksena. Erikoislääkärikoulutuksen vaatimukset on kuvattu alakohtaisesti. Koulutuksesta vastaava lääkäri (handledare) arvioi, missä vaiheessa tavoitteet (målbeskrivningar) on saavutettu. Erikoistuvat lääkärit osallistuvat koulutusaikana teoreettisille kursseille, joiden määrää ei ole kuitenkaan säädelty. Kirjallinen erikoislääkäritentti on joillakin erikoisaloilla. Tutkimustyön osuutta on haluttu lisätä erikoistumiskoulutukseen.

Erikoistumisesta vastaa Ruotsissa Socialstyrelsen, joka myöntää erikoislääkärin oikeudet. Sen alaisuudessa toimii vuodesta 2006 alkaen kansallinen erikoislääkärikoulutuksen neuvosto, jossa ovat edustettuina työnantajat, yliopistot, Ruotsin lääkäriliitto ja Ruotsin lääkäriyhdistys. Maassa on pitkään ollut käytössä laajamittainen koulutusta antavien yksiköiden arviointijärjestelmä (SPUR), joka toimii lääkärijärjestöjen ja kuntatyönantajan hallinnoimana. Arvioitavat yksiköt maksavat arviointikäyntien kustannukset ja arvioinnin tulokset julkaistaan säännöllisesti Ruotsin lääkärilehdessä.

Tanska puolestaan luopui suppeista erikoisaloista vuonna 2004. Erikoistumisesta vastaa terveysministeriön alainen Sundhedsstyrelsen, joka vahvistaa vuosittain koulutuspaikkojen määrät kullekin erikoisalalle. Tässä avustaa kansallinen lääkärien jatkokoulutusneuvosto, jolla on myös alueelliset toimielimet. Sundhedsstyrelsen hyväksyy erikoistumiskoulutukseen sisältyvät teoreettiset kurssit. Niihin sisältyy kaikille pakollinen neljän viikon tutkimuskoulutusosio.

Norjassa virallinen vastuu erikoislääkärikoulutuksesta on sosiaali- ja terveysministeriöllä. Järjestelmää hallinnoi kansallinen erikoislääkärikoulutuksen neuvosto. Aiemmin Norjan lääkäriiliitolla oli täysi vastuu erikoislääkärikoulutuksesta ja nykyisessäkin järjestelmässä lääkäriiliiton hallitus hyväksyy uudet erikoislääkärit. Terveysministeriö hyväksyy erikoisalojen koulutusvaatimukset lääkäriiliiton ehdotuksesta ja kansallisen neuvoston suosituksesta.

Lääkäriiliitolla on kutakin 43 erikoisalaa varten olemassa oma spesialiteettikomiteansa, joka tekee koulutusyksiköiden jatkuvaa arviointia. Monilla erikoisaloilla on olemassa erilaisia listoja vaadittavien toimenpiteiden lukumääristä. Useimmilla erikoisaloilla koulutuksesta vähintään 1.5 vuotta tulee suorittaa yliopistosairaaloissa tai suurissa keskussairaaloissa. Vuosi koulutuksesta on mahdollista suorittaa tutkimustyöllä. Teoreettista kurssimuotoista koulutusta koulutusaikaan sisältyy erikoisalasta riippuen 150–300 tuntia. Kussakin koulutusta antavassa klinikassa tulee olla koulutuskomitea, jossa ovat mukana erikoislääkärit ja erikoistumassa olevat lääkärit. Komitean tehtävänä on mm. osoittaa kullekin erikoistujalle oma tuutori (handledare). Erikoislääkärikoulutus on Norjassa hyvin resursoitua. Sitä rahoitetaan rahastoista, joihin 1960-luvulta alkaen on siirretty varoja lääkäriiliiton, työnantajan ja valtion yhteispäätöksin.

Islannissa terveysministeriö säätelee erikoistumiskoulutusta lääketieteellisen tiedekunnan ehdotusten perusteella. Tiedekunnalla on oma erikoistumiskomiteansa, joka toimii yhteistyössä erikoislääkäriyhdistysten kanssa. Islannin erityispiirre on se, että maan pienuudesta johtuen erikoistuminen on mahdollista suorittaa vain muutamilla isoimmilla erikoisaloilla Islannissa. Suurin osa (noin 80 %) islantilaisista lääkäreistä hankkii erikoislääkärikoulutuksen ulkomailla. Tämä vääristää islantilaisten sairaaloiden virkarakennetta, kun suurin osa nuorista lääkäreistä viettää laillistuksen jälkeen 4–6 vuotta ulkomailla (erityisesti muissa Pohjoismaissa ja USA:ssa) ja osa jää erikoistuttuaan sinne.

3.2 Erikoishammaslääkäreiden koulutus EU:n alueella ja Pohjoismaissa

Direktiivi 2005/36 ammattipätevyyden tunnustamisesta sisältää myös hammaslääkärikoulutusta ja erikoishammaslääkärikoulutusta koskevia säädöksiä, mutta nämä ovat siltäkin osin varsin yleisellä tasolla. Erikoistumiskoulutuksen vähimmäispituudeksi on säädetty kolme vuotta. EU-tasolla on kaksi tunnustettua spesialiteettia, jotka ovat ortodontia (kaikissa maissa paitsi Es-

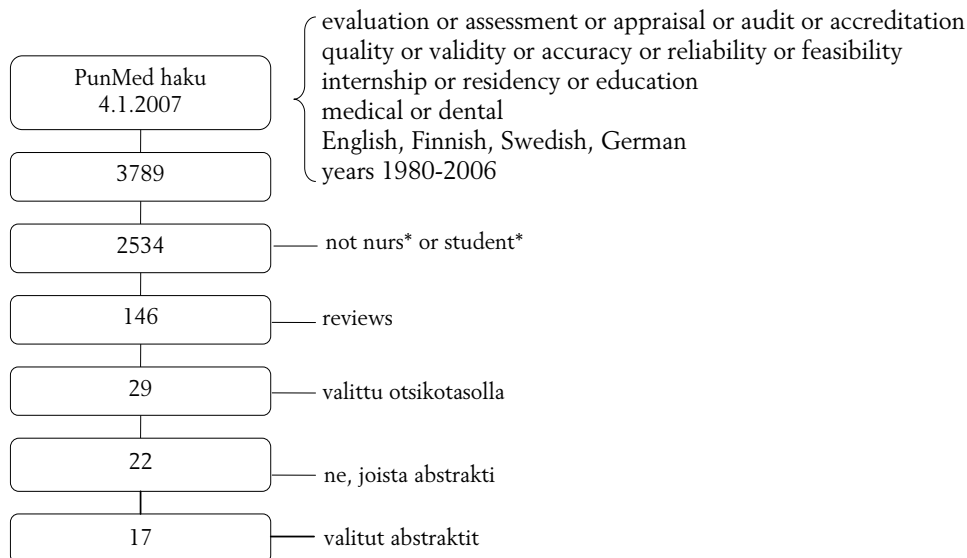
panjassa, Itävallassa ja Luxemburgissa) sekä suukirurgia (22 maassa) (Tand-läkarnas specialutbildning, Socialstyrelsen, Ruotsi 2006). Joissakin Euroopan maissa puuttuvat kokonaan hammaslääketieteen erikoisalot ja toisissa on käytössä useita aloja kuten esim. Iso-Britanniassa. Parodontologia ja pedodontia on erikoisaloina keskimäärin puolessa valtioista.

Pohjoismaista Ruotsissa on käytössä kahdeksan erikoisalaa, Norjassa on aiemmin ollut neljä, mutta määrää on lisätty vuonna 2006 tehdyllä päätöksellä yhteensä seitsemään. Tanskassa on vain kaksi yllämainittua EU-spesialiteettia, Islannissa kuusi erikoisalaa. Koulutusjärjestelyt ja niistä vastaavat tahot ovat soveltuvien osin samoja kuin erikoislääkäreiden koulutuksessa.

3.3 Kansainvälisen kirjallisuuden kartoitus

Erikoislääkärikoulutuksen arvioinnin suuntaa-antava kirjallisuuskartoitus rajattiin PubMed -tietokantaan. Alustava hakutulos tuotti mm. seitsemän Cochrane-katsausta, joiden kirjallisuushauissa oli mukana myös mm. PsycInfo ja PsycLit sekä ERIC (Educational Research Information Clearinghouse) -tietokannat. Abstraktien perusteella valittiin 17 katsausta, joissa referoituja alkuperäistutkimuksia oli yhteensä lähes 400 (vaihtelu 1–85 per katsaus) (Kuvio 2). Vain viidessä katsauksessa oli arvioitu selkeästi pelkästään erikoistuvia lääkäreitä, osassa oli arvioitu lääkärikoulutusta yleensä ja osassa terveydenhuollon ammattilaisia yleensä.

Kuvio 2. Suuntaa-antavan alustavan kirjallisuuskatsauksen hakuprosessin kuvaus



Kaikissa katsauksissa kiinnitettiin huomiota tutkimusten tasoon, so. suboptimaalisiin tutkimusasetelmiin, menetelmien validoinnin puutteellisuuteen, riittämättömään tulosten analysointiin ja raportointiin sekä taloudellisen arvioinnin puuttumiseen kokonaan. Kaikissa katsauksissa korostettiin, että rajallisen näytön takia niiden johtopäätöksiä on tulkittava varoen. Seuraavassa kuvatut poiminnat perustuvat katsausten laatijoiden johtopäätöksiin valitusta 17 abstraktista, toisin sanoen selvitystyötä varten katsauksia ja niissä raportoituja alkuperäisartikkeleita ei luettu eikä analysoitu.

Vaikka lyhentynyt työaika lisäsi erikoistuvien lääkäreiden tyytyväisyyttä ja elämänlaatua, erikoistuvien kokemukset työajan lyhentymisen vaikutuksista leikkauskokemukseen ja koulutukseen laatuun eivät olleet yhteneviä (Fletcher ja kumppanit 2005). Erikoistuvien lääkäreiden lyhentynyt työaika ei vaikuttanut potilaiden kuolleisuuteen, haittavaikutuksiin tai lääkitysvirheisiin (Fletcher ja kumppanit 2004). Toisessa katsauksessa puolestaan syöpäpotilailla sekä hoitoprosesseja että hoitotuloksia kuvaavissa indikaattoreissa tulokset olivat spesialisteilla paremmat kuin ei-spezialisteilla (Grilli ja kumppanit 1998).

Näyttöä kirjallisen koulutusmateriaalin sekä konferenssien ja workshopien myönteisistä vaikutuksista hoitokäytäntöjen muotoutumiseen ja hoitotuloksiin pidettiin epävarmana (Freemantle ja kumppanit 2000). Toisessa katsauksessa interaktiivisilla workshoppeilla oli kohtalainen tai kohtalalaisen suuri vaikutus 6:ssa 10:stä tutkimuksessa ja pieni neljässä. Didaktisen opetuksen ei todennäköisesti todettu muuttavan hoitokäytäntöjä (Thomson ja kumppanit, 2000). Eri koulutusmenetelmien vertailussa ei löydetty selvästi tehokkainta menetelmää (Brettle 2003), eikä raportoitujen kollega-arviointien validiteetti ei ollut riittävä (Evans ja kumppanit 2004).

Mielipidevaikuttajien merkitys hoitokäytäntöjen muotoutumiseen ja muuttamiseen oli suurempi kuin kirjallisella materiaalilla, auditoinneilla ja palautteilla, mutta analyysi taloudellisesta vaikuttavuudesta puuttuu (Freemantle ja kumppanit, Cochrane katsaus 2000). Toisessa katsauksessa Thomson kumppaneineen (Cochrane katsaus 2000, CD000125) löysi 8 satunnaistettua tutkimusta, jossa tutkittiin mielipidevaikuttajien vaikutusta hoitotuloksiin 8 hoitotilanteessa. Tulokset eivät kuitenkaan olleet yhteneviä.

Mitchell kumppaneineen (2005) laati asiantuntijapaneelin avulla teoreettisen mallin ja kirjallisuuskatsauksen erikoistuvien lääkäreiden suoriutumiseen vaikuttavista tekijöistä. Katsauksessa löydettiin 52 alkuperäistutkimusta liittyen erikoistuvien yksilöllisiin ominaisuuksiin. Erikoistuvan lääkärin oppimistyyllillä/persoonallisuudella, sosiaalisilla/taloudellisilla tekijöillä, hoitomieltymyksillä, omalla terveydentilalla ja suhtautumistavalla työympäristöön ei ollut selviä kytköksiä erikoistuvien lääkäreiden työssä suoriutumiseen. Tutkimuksissa ei juurikaan käsitelty prosessitekijöitä tai vaikuttavuutta potilaiden hoitoon tai väestöön. Referoidut tutkimukset olivat yleensä kyselyyn perustuvia poikkileikkaustutkimuksia yhdestä instituutista.

Tutkimustiedon kriittisestä arvioinnista opetuksen vaikutuksista hoitotuloksiin ja lääkäreiden tietämykseen Parkes kumppaneineen (2001) löysi yhden sairaalassa suoritetun satunnaistetun tutkimuksen, jossa oli mukana 44 lääkärää. Koulutuksen jälkeen lääkäreiden tietämys parani 25 %. Sen sijaan tut-

kimuksia kriittisen arvioinnin vaikutuksista hoitotuloksiin ja potilaiden elämänlaatuun kirjoittajat eivät löytäneet.

Vuorovaikutustaitoja oli arvioitu käyttäen 44 erilaista instrumenttia, joista 21 oli käytetty vain yhdessä tutkimuksessa ja 15 mittaria ei oltu validoitu lainkaan (Boon & Stewart 1998).

3.4 Yhteenveto ja pohdinta

Eurooppalaisen erikoislääkärikoulutuksen harmonisointitavoitteista ja työvoiman vapaasta liikkuvuudesta huolimatta erikoislääkärikoulutuksen rakenne, muodot, sisällöt ja erikoisalojen lukumäärät vaihtelevat huomattavasti Euroopan maissa. Muihin Pohjoismaihin verrattuna Suomessa on eniten erikoisaloja verrattaessa sekä pääerikoisaloja että lisäkoulutusohjelmia/suppeita erikoisaloja (Taulukko 1). Myös koulutuksen järjestämistavat ja vastuut poikkeavat maasta toiseen.

Erikoislääkärikoulutuksen järjestämisen ja rakenteen suuren kansainvälisen vaihtelevuuden perusteella ei toistaiseksi ole löydettävissä luotettavaa näyttöä hyvin dokumentoidusta ja vaikuttavasta koulutus- tai arviointimallista, joka voitaisiin sellaisenaan kopioida suomalaiseen erikoislääkärikoulutukseen. Vaikka alustava kirjallisuuskatsaus erikoislääkärikoulutukseen liittyen tuotti mm. useita Cochrane-katsauksia, niiden tuottama näyttö oli niukkaa eivätkä tulokset olleet yhteneviä (on huomattava, että alustavassa katsauksessa esitetyt poiminnat perustuvat ainoastaan abstrakteissa raportoituihin tietoihin).

4 Aiempia työryhmän toimeksiannon kannalta keskeisiä selvityksiä ja muistioita

4.1 Koulutus-EVO

4.1.1 Koulutus-EVO:n käytön selvitys ja ehdotukset korvausjärjestelmän tarkistamiseksi (STM 2002:4)

Selvityksessä arvioitiin koulutus-EVO:n maksukäytäntöjä ja tehtiin ehdotuksia koulutus-EVO:a koskeviin säännöksiin. Raportin mukaan koulutus-EVO:n ei missään toimintayksikössä arvioitu korvaavan koulutuksesta aiheutuneita kustannuksia. Selvityshenkilöt ehdottivat, että yliopistot ja yliopistollista kuntayhtymää ylläpitävät kuntayhtymät selvittäisivät hammaslääkärikoulutuksesta aiheutuvat kustannukset ja kehittävät sekä perus- että erikoishammaslääkärikoulutuksesta maksettavien korvausten keskinäisiä sopimuskäytäntöjä. Lisäksi ehdotettiin, että STM selvittäisi lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen suorat ja epäsuorat kustannukset ja saattaisi korvaustason vastaamaan todellisia kustannuksia. Edelleen ehdotettiin, että OPM yhdessä STM:n kanssa määrittelisi alueellisen neuvottelukunnan tehtävät, EVO-korvausten maksukäytännöt yksinkertaistettaisiin ja koulutus-EVO:n käyttö olisi läpinäkyvää ja raportoitavissa.

4.1.2 Opetuksen ja tutkimuksen aiheuttamat kustannukset sairaaloille vuosina 1998–2002 (Stakes 15/2004)

Stakesin selvitys kohdistui erikoissairaanhoidon palveluja tuottaviin sairaaloihin ja siinä olivat mukana yliopistosairaalat, keskussairaalat ja muut kunnalliset erikoissairaanhoidoa tuottavat sairaalat sekä yksityistä sairaaloista Reumasäätiön sairaala ja Orton. Selvityksen mukaan koulutuksen korvaukset eivät vastanneet koulutuksen aiheuttamia kustannuksia. Koulutuksen osalta valtion rahoituksen vaje oli 33 miljoonaa euroa. Kustannuksista puuttuivat psykiatrian ja terveystieteiden lääkärikoulutuksen osuus.

Selvityksen tekeminen osoittautui työlääksi. Stakes totesi, että mikäli koulutus-EVO-korvausten arviointi jatkossa katsotaan tarpeelliseksi, EVO-korvausta saavien yksiköiden tulisi tuottaa tiedot koulutussuoritteista systemaattisesti ja säännöllisesti.

4.1.3 Valtion korvaus terveydenhuollon toimintayksiköille tutkimukseen ja koulutukseen (STM työryhmämuistioita 2005:10)

Yliopisto käyttää terveydenhuollon toimintayksiköitä lääkäri- ja hammaslääkärikoulutukseen. Annettavan koulutuksen laajuus määräytyy opetusministeriön ja yliopistojen päätösten pohjalta.

Valtion korvaus terveydenhuollon yksiköille erikoissairaanhoidon mukaiseen erikois(hammas)lääkäriskoulutukseen maksetaan sosiaali- ja terveysministeriön hallinnon alalta. Tarkoitukseen on valtion talousarviossa varattu rahat koulutustoiminnan kustannusten korvaamiseen. Vuosina 2003-2005 siirrettiin 8 miljoonaa euroa tutkimustoimintaan tarkoitettua korvauksesta koulutukseen. Vastaava summa palautettiin 2006 takaisin tutkimustoimintaan. Erikois(hammas)lääkäriskoulutuksesta maksetut korvaukset olivat vuosina 1999-2004 keskimäärin 11 (vaihtelu 10-13) miljoonaa euroa vuodessa.

Virtasen työryhmä arvioi myös mallia, jossa valtion korvaus ja sen määräraha siirrettäisiin sosiaali- ja terveyshallinnonalalta opetusministeriön hallinnon alalle. Yliopiston toimintamomentin sisällä raha jaettaisiin suoraan yliopistoille arvioidun käytön perusteella tai rahanjako voitaisiin tehdä myös vuosittaisten tulossopimusten perusteella. Rahoituksen siirrolla opetushallintoon ei arvioitu olevan olennaista vaikutusta menettelyihin tai rahoituksen tasoon. Hallinnon työ määrä pysyisi entisellään, mutta siirtyisi opetusministeriöön ja tiedekuntien tehtäväksi sosiaali- ja terveysministeriöltä ja lääninhallituksilta. OPM:n kannanoton mukaan koulutuskorvauksen määrärahakehityksessä tulisi ottaa huomioon koulutuksen laajentumiselle ja rakenteelliselle järjestämiselle asetettujen vaatimusten kustannukset.

Työryhmä totesi, että sekä nykyisen järjestelmän säilyttäminen että määrärahan siirtäminen opetusministeriöön olisi perusteltua. Työryhmä päätyi pitämään tarkoituksenmukaisimpana koulutuskorvauksen säilyttämistä sosiaali- ja terveysministeriön hallinnon alalla. Lopuksi työryhmä ehdotti, että opetuksesta aiheutuvien kustannusten korvaus saatetaan ajantasalle seuraavassa hallitusohjelmassa.

4.1.4 Koulutus-EVO lääkärikoulutuksen suunnittelun ja ohjauksen tukena (tarkastuksen nro 40184 päättäminen 31.10.2005, Valtiotalouden tarkastusvirasto)

Tarkastuksen pääkysymys koski sitä, miten hyvin koulutuksen valtionkorvaus (koulutus-EVO) tukee yliopiston ulkopuolisen lääkärikoulutuksen kustannustietoista suunnittelua ja toteutusta.

Osakysymyksinä esitettiin mm:

- Millä tavoin erityisvaltionosuusjärjestelmä ja korvausperusteet vaikuttavat koulutuksen järjestelyihin?
- Miten lääkärikoulutuksen uudistamista ja tutkintojen sisältöä ja ope-

tusmenetelmiä koskeissa päätöksissä otetaan huomion uudistusten kustannukset ja rahoitus?

- Miten tarkoituksenmukaisesti EVO-rahoitus kohdentuu siihen koulutukseen, johon sen on tavoitteita ajatellen perusteltua kohdentua, sekä niihin yksiköihin, joissa koulutus järjestetään ja joissa kustannukset syntyvät?
- Miten hyvin lääketieteelliset tiedekunnat kykenevät vaikuttamaan ja sopimaan yliopistosairaaloissa tai muissa terveydenhuollon yksiköissä tapahtuvan kliinisen koulutuksen edellyttämien toimintojen organisoinnista ja resurssoinnista?
- Miten hyvin voimavaroja kyetään käyttämään koulutustavoitteiden saavuttamiseksi ja koulutuksen laadun turvaamiseksi?

Tarkastuksen aikana havaittiin, että lääkärikoulutuksen suunnitteluvastuun eriytyminen koulutuksen toteutuksesta ja kustannuksista ei välttämättä takaa koulutuksen kustannustehokasta toteutusta. Koulutussisältöjä ja opetustapoja koskevilla päätöksillä voidaan lisätä terveydenhuollon toiminta-yksiköille aiheutuvia kustannuksia, joita tiedekunnissa ei useinkaan pohdita uudistusten yhteydessä. Koska erikoislääkärikoulutuksen kuluja ei makseta yliopistojen määrärahoista, yliopistoilla ei ole erityisiä kannustimia suunnitella koulutusta kustannustietoisesti.

Koulutusjärjestelyjen toimivuuden ja koulutuksen laadun varmistamisen menetelmissä ja välineissä näyttää tarkastuksen mukaan oleva puutteita. Yliopistoilla on tietyt välineet ohjata lääkärikoulutuksen toteutusta terveydenhuollon toimintayksiköissä (mm. opetussuunnitelmat, sivuvirat yliopistosairaaloissa ja osallistuminen yliopistosairaalan päätöksentekoon). Sairaanhoidopiireissä korvaus voidaan kuitenkin jakaa koulutuksesta vastaaville toimintayksiköille hyvin eri tavoin, eivätkä yliopisto-sairaaloiden seurantajärjestelmät kerro, missä määrin määrärahaa on voitu käyttää suoraan koulutusjärjestelyihin. Erikoistuvia lääkäreitä pidetään sairaaloiden klinikoilla tärkeänä työvoimana, joille on asetettu odotuksia hoitosuoritteiden ja päivystysjärjestelyjen osalta eli koulutusajan työskentelyn sisältöä voivat ohjata myös muut kuin koulutukselliset tavoitteet.

Korvausjärjestelmä rakennettiin alun perin korvaamaan nimenomaan yliopistosairaaloille aiheutuvia kustannuksia. Koulutusjärjestelmä ei kuitenkaan ole samanlainen kuin järjestelmää luotaessa. Lääkärikoulutusta on viime vuosina pyritty entistä enemmän hajauttamaan. Yliopistosairaaloille korvausta maksetaan tutkintoperusteisesti huolimatta siitä, että yhä suurempi osa koulutuksesta tapahtuu yliopistosairaalan ulkopuolella eikä aiheuta kuluja sairaalalle. Muille toimintayksiköille maksetaan korvausta toteutuneiden koulutuskaukien mukaan.

Tarkastuksen mukaan korvausperusteiden uudelleen arviointiin on tarvetta. Huolimatta korvausjärjestelmän kehittämistarpeista Valtiontalouden tarkastusvirasto ei nähnyt perusteita tarkastuksen jatkamiselle. Perusteluiksi mainittiin tarkastuskohteen tietoperustan jatkuva muuttuminen koulutuksen järjestelyissä tapahtuvien muutosten takia.

4.2 Johtamiskoulutus

4.2.1 Sosiaali- ja terveysalan johtamiskoulutustyöryhmän muistio (Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2004:30)

Opetusministeriön työryhmämuistiossa (2004:30) ehdotetaan moniammatillisen johtamiskoulutuksen rakentamista jatkumona. Johtamisen perusteet annetaan lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen osalta peruskoulutuksessa. Lääkäreiden ja hammaslääkäreiden erikoistumiskoulutukseen sisällytetään 20 opintoviikon laajuinen moniammatillisen johtamisen opintokokonaisuus, jonka tavoitteena on antaa valmiudet lähijohtajana toimimiseen. Tämän jälkeen koulutus jatkuisi täydennyskoulutuksena keskijohdolle (40 ov) ja ylimmälle johdolle (20 ov). 20 opintoviikon lähijohtajakoulutus ei lisää tutkinnon laajuutta ja se tulisi järjestää työelämän kanssa yhteistyössä. Koulutuksen toteuttamiseksi ei muistiossa osoiteta lisärahoitusta vaan se on toteutettava voimavarojen uudelleenjaolla.

Nykyinen lääkäreiden ja hammaslääkäreiden hallinnon pätevyyden koulutus lakkaa vuoden 2007 lopussa. Koulutuksen tilalle ei tule lääkäreille ja hammaslääkäreille omaa erillistä johtamiskoulutusta, vaan johtamiskoulutus tulee sisällyttää osaksi perus- ja ammatillisia jatkotutkintoja.

Opetusministeriö pyysi yliopistoja ja ammattikorkeakouluja yhteistyössä käynnistämään sosiaali- ja terveysalan moniammatillisen johtamiskoulutuksen suunnittelun ja toimeenpanon. Lääketieteellisten tiedekuntien valtakunnallisen johtamiskoulutuksen suunnittelutyöryhmän pohjalta kukin tiedekunta on 31.3.2007 lähettänyt opetusministeriölle suunnitelman johtamiskoulutuksen alueellisesta toteuttamisesta. Suunnittelutyöryhmässä olivat tiedekuntien ohella edustettuna Suomen Lääkäriliitto, Suomen Hammaslääkäriliitto, Puolustusvoimat ja Nuorten Lääkärien yhdistys. Suunnitelmassa koulutuksen toteuttamiseksi pyritään hyödyntämään mahdollisimman paljon terveyspalvelujärjestelmässä tapahtuvaa käytännön johtamis- ja hallinnon toimintaa ja korostetaan koulutuksen toteuttamista erikoistumiskoulutuksen kaikissa eri vaiheissa (terveyskeskus, runkokoulutusvaihe ja yliopistollinen sairaala). Valtakunnallinen suunnitteluryhmä määritteli yhteiset ydinopetus-teemat ja koulutuksen rakenteen, joka muodostuu lähiopetusjaksoista, portfolio-työskentelystä ja valinnaisista opinnoista (esim. Oulun yliopiston suunnitelmassa suhteessa 10 / 5 / 5 ov). Johtamiskoulutuksen osalta on erityisen tärkeää, että erikoistuva lääkäri itse suunnittelee tavoitteensa ja keinot niiden saavuttamiseksi.

Suunnitteluryhmä pohti, sisältyykö 20 opintoviikon johtamiskoulutus pakollisena osana koulutusvaatimuksiin vai voidaanko se toteuttaa vapaaehtoisena niille, jotka haluavat saavuttaa lähijohtajapätevyyden. Aivan erityisesti erikoishammaslääkärikoulutuksen 3 vuoden koulutusohjelmassa 20 opintoviikon moniammatillinen johtamiskoulutusjakson vaikutus muun koulutuksen vähenemiseen on merkittävä. Lisäksi suunnitteluryhmä piti johtamiskoulutuksen toteuttamista ilman siihen suunnattuja lisäresursseja erittäin haastavana.

4.3 Tuoreita erikoisalakohtaisia selvityksiä

4.3.1 Geriatriksen hoidon ja vanhustyön kehittäminen (STM selvityksiä 2006:30)

Selvityshenkilö, professori Sirkka-Liisa Kivelä ehdottaa, että vanhuspsykiatriasta muodostettaisiin oma lääketieteen erikoisala. Geriatrian ja vanhuspsykiatrian erikoislääkärikoulutuksen määrä ei ole riittävä, joten koulutusmäärien lisääminen on tarpeen. Kivelä suosittelee myös yleislääketieteen erikoislääkäreille suunnattua geriatrian ja vanhusten hoidon lisäkoulutusohjelmaa. Yhdessä puutteeksi selvityshenkilö Kivelä näkee lääkärin ja hoitotyöntekijöiden farmakologisen tietämyksen vanhusten lääkehoidon keskeisistä seikoista.

Kivelä raportoi, että kansainvälisiin arviointeihin perustuen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä tarvittaisiin yksi geriatrian erikoislääkäri 10 000 asukasta kohden eli yksi erikoislääkäri 800 yli 75-vuotiaasta asukasta kohden. Tämän perusteella maassamme vuonna 2010 tarvittaisiin 470–630 geriatrian erikoislääkäreitä eli määrä olisi nopeasti nostettava ainakin kolminkertaiseksi. Nykyinen erikoislääkärituotanto ei ole riittävä nostamaan erikoislääkärien lukumäärää tarpeenmukaiselle tasolle.

Erityisenä ongelmana Kivelä nostaa raportissaan esille vanhuspsykiatrian erikoislääkärien tarpeen, joita tarvittaisiin yksi erikoislääkäri 60 000 asukasta kohti eli yksi erikoislääkäri 4500 yli 75-vuotiaasta asukasta kohden. Vuonna 2010 tarve olisi 70–110, kun tällä hetkellä maassamme on 19 vanhuspsykiatrian spesialistia (noin 20 %). Vanhuspsykiatria on koulutusuudistuksessa lakkautettu suppeana erikoisalana ja sen kehittäminen on hiipunut.

Lisäksi Kivelä ottaa raportissaan kantaa mm. yleislääketieteeseen ja eri aloille erikoistuvien lääkäreiden koulutukseen liittyvään puutteelliseen geriatriseen osuuteen. Sairaaloiden hoitoaikojen lyhentyessä ja päiväkirurgian yleistyessä myös perusterveydenhuollossa eri portailla tarvitaan aiempaa enemmän geriatriasta osaamista. Samoin Kivelä kiinnittää raportissaan huomiota hammaslääkärien geriatriksen koulutuksen puutteellisuuteen varsinkin, kun yhä harvemmat eläkeläisistä ovat enää hampaattomia. Iäkkäiden hammashoidon tarve on jo kohtalaisen suurta nykyisin ja tarve tulee huomattavasti lisääntymään.

4.3.2 Psykiatrisen opetuksen kehittämistarpeet perusterveydenhuollossa (STM selvityksiä 2006:32)

Jyrki Korkeila ottaa selvitysmiesraportissaan esille paitsi lääkärin, myös muiden terveydenhuollon ammattiryhmien peruskoulutuksen sisältämän niukan psykiatrisen osuuden. Korkeila ehdottaa, että yleislääketieteen ja työterveyshuollon erikoislääkärikoulutukseen tulisi lisätä pakollisiksi 20 tuntia psykiat-

rian teoreettista kurssimuotoista seminaariopetusta. Lisäksi hän katsoo, että erikoislääkäritutkintoon tulisi liittää pakollista psykiatrian palvelua kolmen kuukauden ajan aiemman valinnaisen sijasta. Palvelu tulisi toteuttaa ensisijaisesti avohoitopalveluna. Lisäksi Korkeila ottaa esille vanhuspsykiatrian kehittämisen itsenäiseksi lääketieteen erikoisalaksi, koska riittävää psykiatrista osaamista ei voi oppia pikaisesti erityiskoulutuksilla.

Korkeilan mukaan erikoissairaanhoidolla tulee olla riittävä valmius tarjota perustasoa erikoistuneempaa palvelua. Korkeatasoinen vanhuspsykiatria edellyttää hyvää yleispsykiatrian osaamista sekä iäkkäille tyypillisten mielen-terveyshäiriöiden tunnistamisen ja hoidon hallintaa ja niiden oirekuvien erityispiirteiden osaamista. Lääkehoidon – erityisesti psykofarmakologian kliinistä – osaamista tulee myös olla mukana. Oma lukunsa ovat psykososiaaliset hoitomuodot ja psykoterapia iäkkäillä. Korkeila katsoo, että vanhuspsykiatria on konsultatiivisesti orientoitunut työalue, jossa yhteistyö muiden toimijoiden kanssa korostuu potilaiden monisairastavuuden ja usein samanaikaisten hoivan tarpeiden pohjalta. Hänen ehdotuksensa mukaan vanhuspsykiatrian erikoislääkäritutkinnossa tulisi olla kattava 2–3 vuotta kestävä yleispsykiatrinen osuus ja 1–2 vuotta kestävä vanhuspsykiatrian palvelu. Ongelmana on kouluttajien puute.

4.3.3 Hammaslääkärikoulutuksen arviointi (OPM työryhmämuistioita ja selvityksiä 2007:40)

Selvitysmies Risto-Pekka Happonen toimeksiannon taustalla olivat mm. aiemmat ehdotukset hammaslääkärien koulutusmäärien lisäämisestä, hammaslääkäripula, alhainen hammaslääkärikoulutuksen läpäisevyys ja hammaslääkäriytyövoiman epätasainen jakautuminen. Selvitysmiehen tehtävänä oli esittää rakenteellinen suunnitelma hammaslääkärikoulutuksen valtakunnalliseksi järjestämiseksi ja tehdä ehdotus mahdollisesti tarvittavan koulutusmäärän lisäämiseksi. Toimeksiantoon kuului myös ottaa kantaa siihen, kuinka Itä-Suomen hammaslääkärivaje saadaan korjatuksi.

Jatkuvasti vaikeutuvan hammaslääkäripulan helpottamiseksi Happonen ehdottaa hammaslääketieteen opiskelijoiden sisäänottoa lisättäväksi 100:sta 160 opiskelijaan, missä on huomioitu myös tarve lisätä erikoishammaslääkärikoulutusta. Happonen mukaan suun terveydenhuollon ongelmat eivät kuitenkaan ole ratkaistavissa yksinomaan hammaslääkärikoulutusta lisäämällä. Tarvitaan lisäksi koulutuksen rakenteellista ja sisällöllistä uudistamista sekä yhteistyön parantamista hammaslääkärien ja terveydenhuollon muiden ammattiryhmien välillä. Itä-Suomen vaikean hammaslääkäritilanteen pysyvän korjaamisen ei katsota olevan mahdollista ilman alueella jossain muodossa tapahtuvaa hammaslääkärikoulutusta.

5 Yhteenveto mielipidekyselyssä, kuulemisissa ja lausunnoissa esiin nousseista näkökohdista

5.1 Mielipidekysely

Tammikuussa 2007 toteutettuun nettipohjaiseen kyselyyn vastasi yhteensä 480 henkilöä, joista 193 edusti palvelujärjestelmää (sairaanhoitopiirien osuus 80 %). Kouluttajista kyselyyn osallistui 132 vastaajaa ja koulutettavista 155 henkilöä. Kyselyä lähetettiin myös johtaville hoitajille (rajattu otos, vain viisi vastausta) sekä suurimmille potilasjärjestöille (ei yhtään vastausta).

Vastaajat edustivat 43 erikoisalaa, hammas- ja suusairauksissa 7 erikoisalaa/osa-aluetta. Palvelujärjestelmässä suurimpia osuuksia edustivat gynekologia (7 %) ja psykiatria (5 %), kouluttajilla geriatria (4 %) sekä anestesiologia, lastenpsykiatria ja sydänkirurgia (3 % kukin) ja koulutettavilla geriatria (10 %) sekä korva-, nenä- ja kurkkutaudit ja sisätaudit (5 % kumpikin).

Vastauksia saatiin kaikkien yliopistollisten sairaanhoitopiirien alueilta. Palvelujärjestelmästä innokkaimmin kyselyyn vastasi Tampereen erityisvastuualue (kolmannes vastaajista), vähiten vastauksia tuli Oulun ja Turun erityisvastuualueilta (10 % vastaajista kummastakin). Koulutettavista eniten vastaajia oli Helsingin erityisvastuualueelta (vajaa 40 %), vähiten Kuopion seudulta (vajaa 10 %). Kouluttajien vastaukset jakautuivat tasaisimmin (Helsinki, Kuopio ja Oulu reilu 20 % kukin, Tampere ja Turku vajaa 20 % kumpikin).

Mielipidekyselyssä pyydettiin kannanottoa toimeksiannossa esitettyihin kysymyksiin (ks. kohta 1.2.) sekä numeerisena arviona (1=heikko, 5=erinomainen) että pyytämällä kirjaamaan kuhunkin kohtaan liittyviä vahvuuksia, haasteita ja ratkaisuehdotuksia. Lisäksi tiedusteltiin erikoistuja/erikoislääkäripulasta, tarpeesta käynnistää tai lakkauttaa jokin erikoisala, erikoisalan valintaa ohjaavista tekijöistä, koulutus-EVO:n seurannasta, väestön terveystarpeiden ja lääkäritarpeen alueellisesta ennakkoinnista, erikoislääkärikoulutuksen arvioinnista sekä arvioita suurimmista 10–20 vuoden kuluessa ilmaantuvista haasteista ja niihin varautumisesta. Kouluttajat antoivat pääsääntöisesti myönteisimmät arviot koulutuksesta, koulutettavat puolestaan olivat kriittisimpiä.

Palvelujärjestelmän ja kouluttajien näkemysten vertailu. Pääsääntöisesti kouluttajat kokivat saavansa riittävästi tietoa terveystalouden palvelujärjestelmästä siitä, mitä taitoja erikoislääkäri käytännön työssä tarvitsee. Taulukossa 2 on esitetty yhteenveto suomalaisen erikoislääkärikoulutuksen antamista valmiuksista, joissa palvelujärjestelmän ja kouluttajien näkemykset olivat lähellä toisiaan ja molemmat pitivät valmiuksia hyvinä tai erinomaisina. Arviot koulutuksen antamista valmiuksista, joissa palvelujärjestelmän ja kouluttajien keskiarvot poikkesivat toisistaan, on esitetty Taulukossa 3.

Taulukko 2. Yhteenveto suomalaisen erikoislääkärikoulutuksen antamista valmiuksista, joissa palvelujärjestelmän ja kouluttajien näkemykset olivat lähellä toisiaan ja molemmat pitivät valmiuksia hyvinä tai erinomaisina (keskiarvo > 3 asteikolla 1–5, pisteiden jakaumat olivat samanlaiset ja keskiarvot poikkesivat toisistaan ≤ 0.2)

Hyväksi / erinomaiseksi arvioidut valmiudet	Palvelujärjestelmän / kouluttajien keskiarvo
Kliinisten taitojen hallinta	3.9 / 4.0
Kriittinen tiedon arviointi	3.5 / 3.7
Vuorovaikutustaidot	3.4 / 3.5
Hoitoketjuista vastaaminen	3.3 / 3.5
Yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä	3.3 / 3.5
Lainsäädännön tuntemus	3.1 / 3.1

Taulukko 3. Arviot koulutuksen antamista valmiuksista, joissa palvelujärjestelmän ja kouluttajien keskiarvot poikkesivat toisistaan enemmän kuin 0.2 ja/tai keskiarvo oli < 3 asteikolla 1–5

Kohtalaiseksi / heikoksi arvioidut valmiudet	Palvelujärjestelmän / kouluttajien keskiarvo
Palvelujen järjestäminen tarkoituksenmukaisella tavalla	2.9 / 3.0
Henkilöstöjohtaminen ja moniammatillinen yhteistyö	2.8 / 3.1
Lähijohtaminen	2.9 / 3.0
Terveyden edistäminen	2.8 / 2.9
Oman toiminnan kustannusvaikuttavuuden arviointi	2.9 / 2.9
Yhteistyö sosiaalitoimen ja terveydenhuollon välillä	2.5 / 2.8

Palvelujärjestelmän mukaan valmistuvilla erikoislääkäreillä on paremmat valmiudet arvioida (keskiarvo 3.3) omaa toimintaansa väestön terveyttä edistävällä tavalla kuin suunnitella sitä (keskiarvo 3.0). Terveyden edistämisen toteuttaminen käytännön työssä sai huonoimman arvion (keskiarvo 2.8). Koulutettavat itse olivat kriittisimpiä kysyttäessä valmiuksista kehittää omaa ja johdettavan ryhmän toimintaa väestön terveyttä edistävällä tavalla (keskiarvo 2.6).

Kouluttajien ja koulutettavien näkemysten vertailu. Sekä kouluttajat että koulutettavat arvioivat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön ja lainsäädännön tuntemuksen jonkin verran paremmaksi kuin palvelujärjestelmä. Kouluttajien ja koulutettavien näkemykset olivat yhteneviä erikoistuvan lääkärin oman oppimisen arvioinnista (keskiarviot 3.4 kummallakin) ja suomalaisesta erikoislääkärikoulutuksesta verrattuna kansainväliseen tasoon (keskiarvot 3.9 ja 4.1).

Koulutettavien poikkeava arviointi kouluttajien näkemyksestä on esitetty Taulukossa 4.

Taulukko 4. Mielipidekyselyn vastaukset, joissa koulutettavien arviointi poikkesi kouluttajien näkemyksestä (kouluttajien ja koulutettavien keskiarvojen ero ≥ 0.2 ja lisäksi selvät poikkeamat vastausten jakaumissa)

	Kouluttajat / koulutettavat
Valtakunnallinen kuulustelu arvioi riittävästi tietojen ja taitojen hallintaa	3.4 / 3.2
Tuutorointi tukee koulutuksen tavoitteiden toteutumista	3.4 / 3.1
Saavatko/keräävätkö koulutettavat riittävästi palautetta kouluttajilta	3.2 / 2.9
Erikoistuvan lääkärin osallistuminen koulutuksen toimivuuden arviointiin ja koulutuksen kehittämiseen	3.1 / 2.8
Tuutorointi on riittävää ja järjestelmällistä	3.0 / 2.7
Saavatko/keräävätkö koulutettavat riittävästi palautetta muilta ammattiryhmiltä	2.8 / 2.5

Yhteenveto muista kannanotoista. Kysymykseen, tulisiko koulutus-EVO:n käyttöä raportoida ja seurata nykyistä tarkemmin, puolet vastasi myönteisesti. Palvelujärjestelmästä ja kouluttajista kolmannes piti nykykäytäntöä toimivana, erikoistuvista vain 10 %. Loput vastaajista eivät ottaneet kantaa kysymykseen.

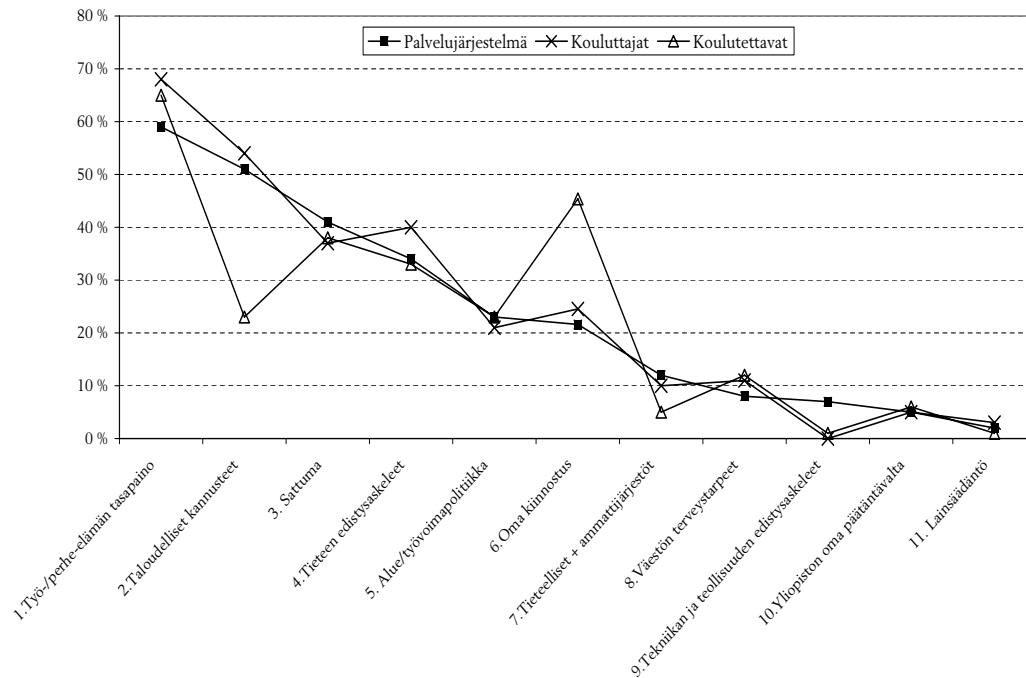
Pulaa erikoistuvista tai erikoislääkäreistä raportoitiin useilla aloilla, eniten psykiatrisilla aloilla (psykiatria 31 %, lastenpsykiatria 21 % ja nuorisopsykiatria 17 %) sekä anesthesiologialla (20 %) ja kirurgisilla aloilla (ortopedia 17 %, käsikirurgia 12 % ja suu- ja leukakirurgia 11 %). Muiksi pula-aloiksi raportoitiin radiologia (16 %), keuhkosairaudet, patologia ja neurologia (kukin 13 %), sisätaudit ja yleislääketiede (kumpikin 12 %) sekä lastenneurologia (11 %) ja syöpätaudit (10 %).

Suun terveydenhuollossa pulaa oli lähes kaikilla erikoisaloilla. Opetustehtävissä ilmoitti pulaa vain 5 % vastaajista ja tutkimustyössä 7 %. Lääkärijohtajien puutteen toi esille vain yksi henkilö.

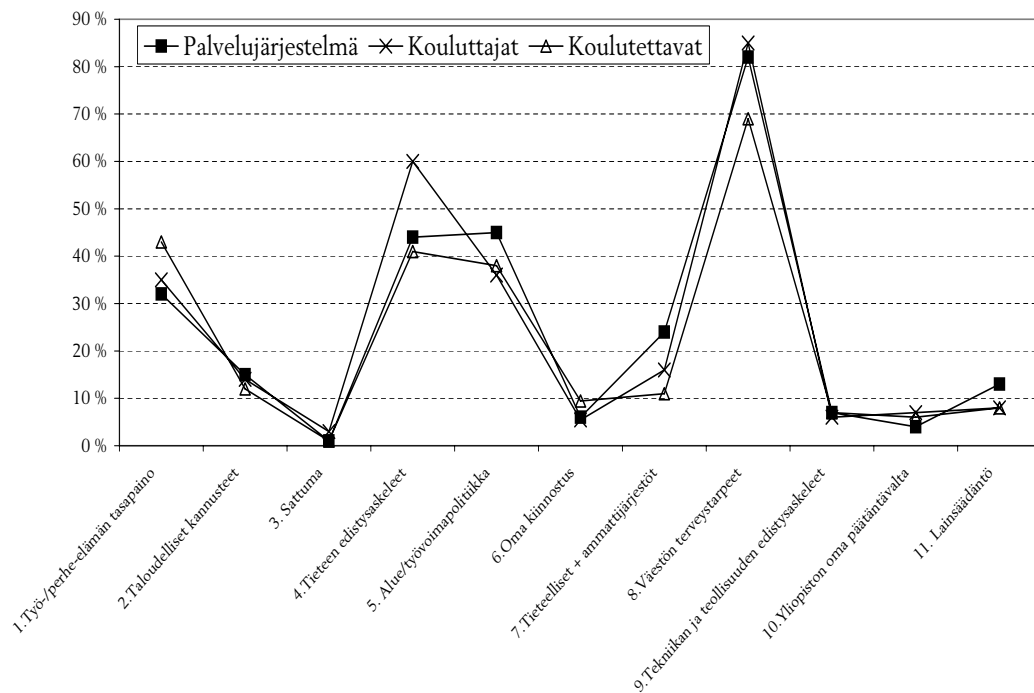
Kysymykseen olisiko tarpeen perustaa uusia erikoisaloja, 37 % palvelujärjestelmästä vastasi 'kyllä', kouluttajista 28 %. Kyllä-vastauksista palvelujärjestelmässä 22 % kannatti päivystyslääketieteen perustamista, kouluttajista puolestaan vain 2 %. Vanhuspsykiatria erikoisalan perustamista ehdotti esiin 8 % kouluttajista ja 3 % palvelujärjestelmän kyllä-vastaajista.

Kuviossa 3 on kuvattu, minkä tekijöiden vastaajat arvioivat käytännössä ohjaavan erikoisalan valintaa ja Kuviossa 4 on kuvattu, minkä asioiden heidän mielestään tulisi vaikuttaa erikoistumiskoulutuksen kehittämiseen voimakaimmin. Muuttujat ovat samassa järjestyksessä molemmissa kuvioissa.

Kuvio 3. Mieliäidekyselyn vastaukset kysymykseen ”Mitkä tekijät ohjaavat käytännössä erikoisalan valintaa?”



Kuvio 4. Mieliäidekyselyn vastaukset kysymykseen ”Minkä tekijöiden tulisi ohjata erikoisalan valintaa?”



Poimintoja ja havaintoja sanallisista kommenteista. Sanallisia kommentteja vahvuuksista, haasteista, ratkaisuehdotuksista ja vastauksia avoimiin kysymyksiin esitettiin yhteensä 150 sivua. Sanallisia kommentteja analysoitiin kartoittamalla toistuvia teemoja ja asioita tai niiden puuttumista ja vastausten yleissävyyä. Yksiselitteisiä yhteisiä linjoja eri vastaajaryhmien välillä tai edes niiden sisällä ei ollut nostettavissa esiin. Sama asia saatettiin nostaa esiin sekä vahvuutena että kehittämisaikana, esim. suuri ja laaja potilasaineisto ja kliinisen työn määrä, so. suuri potilasmäärä takaa oppimisen käytännön työssä, mutta vie samanaikaisesti aikaa muulta koulutukselta. Koulutukselle saatettiin asettaa samanaikaisesti myös toisilleen vastakkaisia tavoitteita, esim. sekä lisää yksilöllistä joustoa että nykyistä enemmän systemaattisuutta, yksinkertaistamista ja samankaltaisuutta tiedekunnasta ja alueesta riippumatta.

Palvelujärjestelmä piti sanallisten kommenttien valossa koulutuksen tasoa yleensä ottaen korkeana. Kliinisten taitojen oppiminen keskussairaaloissa tuotiin vahvuutena esille useissa vastauksissa. Erikoistuvien saannissa koettiin paikoin ja osalla erikoisaloja ongelmia. Osassa kommentteja toivottiin mahdollisuutta räätälöidä koulutusta enemmän erikoistujan tarpeiden, eikä sairaaloiden työvoimatarpeiden mukaan. Kaikille tasoille koettiin tarpeelliseksi saada lisää opettajalääkäreitä. Suurinta huolta kannettiin yleisosajien puutteesta ja päivystysajan toiminnan turvaamisesta.

Kouluttajien vastauksissa nousivat esiin mm. core curriculumin määrittelyn tarve, viikoittaisen koulutuksen lisääminen (esim. puoli päivää per viikko), tasotenttien järjestäminen koulutuksen edetessä ja säännöllisten auditointien järjestäminen. Koska kouluttautuminen tapahtuu terveyspalvelujärjestelmässä, sen ongelmien koettiin heijastuvan suoraan myös koulutukseen, jonka ongelmia ei ole mahdollista ratkaista irrallaan palvelujärjestelmän kehittämisestä. Useissa vastauksissa kannatettiin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lainsäädännön yhdistämistä. Rahoituksesta koettiin ongelmana sen puuttuminen/näkymättömyys käytännössä kokonaan tiedekuntien rahoituksessa. Se, että rahoituksen lisäksi tiedekuntien tuloksellisuutta arvioitaessa ei huomioida edes suoritettujen tutkintojen lukumääriä, tulkittiin arvostuksen puutteeksi. Sekä kouluttajat että koulutettavat toivat esiin tarpeen vahvistaa teoreettista tietoperustaa.

Koulutettavien vastauksissa nostettiin esille vahvuutena potilastyön määrä ja haasteeksi usein liiankin itsenäinen työskentely, koulutuksen pirstaleisuus, osajien puute periferiassa ja raja-aidat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Lukuisissa vastauksissa kannettiin huolta siitä, kuka lopulta kantaa vastaan potilaan hoitokokonaisuudesta. Yleisestä keskustelulinjasta poiketen – ja huolimatta siitä, että lähes 40 % erikoituvista edusti pääkaupunkiseutua – erikoistuvat lääkärit toivat esiin terveyskeskusjakson lyhyiden suhteessa siellä opittavissa olevien kokonaisuuksien määrään ja hajautetun koulutuksen tarpeellisuuden ja tärkeyden.

Konkreettisina ehdotuksina koulutettavat toivat esiin mm. yhden hallinnollisen kysymyksen sisällyttämisen valtakunnalliseen tenttiin (samoin kuulus- telussa voisi tenttiä kriittisen tieteellisen tiedon arviointia ja kustannusvai- kuttavuutta), koulutuksen jalkauttamisen (esim. satelliittikoulutus yliopiston

ohjauksessa), koulutuksen yhtenäistämisen ja enemmän koulutusta johtamisesta (esim. priorisointi, hallinnolliset sairaalalääkärin virat sekä lyhyet jaksot STM:ssä, Stakesissa ja Kelassa).

5.2 Kuulemistilaisuudet

Päivän mittaiset kuulemistilaisuudet pidettiin yliopistopaikkakunnilla (Helsinki 28.2.2007, Turku 7.3.2007, Tampere 14.3.2007, Oulu 21.3.2007 ja Kuopio 28.3.2007). Kutsut lähetettiin erikoislääkäritoimikuntien ja alueellisten neuvottelukuntien jäsenille, erikois(hammas)lääkärikoulutuksen vastuuhenkilöille, yleislääketieteen kouluttajille perusterveydenhuollossa sekä ko. erityisvastuu-alueen sairaanhoitopiireihin.

Kuulemistilaisuuksissa pyydettiin esittämään kannanottoja erityisesti seuraaviin kysymyksiin:

- Nykyisen koulutusrakenteen tarkoituksenmukaisuus (yliopistot vastaavat koulutuksesta ja koulutus toteutuu palvelujärjestelmässä sekä OPM:n ja STM:n työnjako)
- Erikoistumiskoulutuksen suorittaminen eri terveystaloustalouden tasolla
- Uusien erikoisalojen tarve sekä lisäkoulutusohjelmien ja erityispatenttien rooli
- Erikoisalan valinta ja koulutuspaikkojen (alueellinen) houkuttelevuus
- Koulutus-EVO-rahoitus
- Yliopistot/sairaalat: kliinisten opettajien toimenkuva (opettajauramalli vs. tutkijauramalli), muut opetus/koulutuslääkärin (sivu)virat.
- Nopeasti lisääntyvän tietomäärän ja tulevaisuuden haasteiden hallinta sekä valmiudet arvioida kriittisesti tieteellistä tietoa ja toiminnan vaikuttavuutta.
- Arviointi (esim. auditoinnit, tasotestit, taitojen arviointi, valtakunnallinen tentti)

Kuulemistilaisuuksiin osallistui Helsingissä, Turussa, Tampereella, Oulussa ja Kuopiossa yhteensä 226 henkilöä. Tilaisuuksissa esitettiin taustaksi selvitystyön kulku sekä kohdan 5.1. mielipidekyselyn keskeiset tulokset. Tämän jälkeen keskusteltiin kutsussa mainituista aiheista ja muista esille nostetuista seikoista.

Lisäksi Helsingissä järjestettiin 25.4.2007 kuudes kuulemistilaisuus, johon kutsuttiin edustajia Suomen Kuntaliitosta ja Kunnallisesta työmarkkinalaitoksesta, Suomen Lääkäriliitosta, Suomen Hammaslääkäriliitosta, hammaslääketieteen erikoissairaanhoidossa sekä perusterveydenhuollossa toimivien asiantuntijoiden edustajia, päivystyksen- ja ensihoidon asiantuntijoita sekä yleislääketieteen ja työterveyshuollon erikoisalan kouluttajia ja toimijoita.

Kutsu tilaisuuteen lähetettiin STM:stä ja OPM:stä em. tahoille, joista paikalla oli yhteensä 34 henkeä.

Kuulemistilaisuuksissa nousi keskeisiksi haasteiksi niitä seikkoja, joihin raportissa ehdotetaan muutoksia. Maan eri osissa painotukset kuitenkin saattoivat vaihdella, esim. Helsingissä korostui päivystystoiminnan ja päivystyslääketieteen erikoisalan tarve, pienemmillä paikkakunnilla puolestaan kaivattiin nykyistä parempaa yleisosaamista. Muiltakin osin haasteet vaihtelevat erikoisaloittain maan eri osissa. Vaikka osalla erikoisaloista korostettiin keskussairaaloiden mahdollisuutta ja halukkuutta antaa aiempaa enemmän koulutusta, osalla oli puutetta nimenomaan yliopistosairaaloiden ulkopuolisista koulutuspaikoista. Nykyistä koordinoitummalle sekä valtakunnalliselle että alueelliselle suunnittelulle ja seurannalle koettiin olevan selkeä tilaus.

Kaikilla paikkakunnilla tuotiin esiin selvä nykyistä parempi yleisosaamisen tarve sisätautien ja kirurgian osalta. Nykyinen runkokoulutus näillä aloilla todettiin riittämättömäksi takaamaan esim. tarvittavaa päivystystoiminnan edellyttämää tietoa ja taitoa. Päivystystoiminnan lisäksi monella paikkakunnalla oli esillä tarve vanhuspsykiatriin erikoisalan perustamisesta sekä yleislääkäreiden geriatrisen osaamisen lisääminen.

Terveyskeskusten toiminnan parantamiseksi esitettiin yleislääketieteen erikoisalan arvostuksen lisäämistä mm. edellyttämällä vakinaiseen terveyskeskuslääkärin virkaan yleislääketieteen spesialiteettia. Työterveyshuollon osalta hajautusta suosiva koulutusjärjestelmä koettiin hyväksi ja mm. koulutuksen rahoituksen turvaavan lainsäädännön jatko tarpeelliseksi. Hammaslääketieteen erikoistumiskoulutuksen osalta tuotiin esille tarve diagnostisten alojen koulutuksen eriyttämiseen ja hajautetun koulutusmallin laajentamiseen. Hammaslääketieteen osalta peruskoulutuksen riittämättömyys nähtiin erityiseksi ongelmaksi myös ajatellen erikoistumaan hakeutuvien määrää. Erityiskysymykseksi nousi Tampereen ja Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen ja toisaalta koko Suomen hammas- ja samalla erikois-hammaslääkärien riittämättömyys jatkossa.

5.3 Lausunnot ja muut yhteydenotot

23.3.2007 lähetettiin yhteensä 66 erikoisalayhdistykselle tai vastaavalle toimijalle pyyntö antaa lausunto erikois(hammas)lääkärikoulutuksen arvioinnista. Lausuntoja saatiin 38 kpl. Lausuntopyynnössä pyydettiin erityisesti kiinnittämään huomiota seuraaviin seikkoihin:

1. Vastaako erikoistuvien määrä ja koulutuksen laatu erikoisalanne tarvetta?
2. Onko nykyinen koulutusrakenne tarkoituksenmukainen? Yliopistot vastaavat koulutuksesta, koulutus toteutuu palvelujärjestelmässä.
3. Tarvitaanko uusia erikoisaloja vai tarvitaanko enemmän yleisosaajia?
4. Kuinka paljon tarvitaan muuta syventävää koulutusta (lisäkoulutusohjelmien ja erityispätevyyskysien rooli)?

5. Yliopistokoulutuksen virkarakenne: Opettajauramalli vs. tutkijauramalli, koulutuslääkärisivuvirat
6. Tietomäärän hallinta, tiedon kriittinen arviointi, toiminnan kustannusvaikuttavuuden arviointi
7. Miten arviointia tulisi toteuttaa jatkossa: Mitä halutaan ja voidaan mitata?

Valta-osin nykyistä koulutusmallia pidettiin onnistuneena. Vaikka lausunnoissa korostuivat samat asiat kuin kuulemistilaisuuksissa ja mielipidekyselyssä, lausunnoissa nostettiin esille joitakin erityisiä kysymyksiä, mm. päihdelääketieteen yliopistollisen koulutuksen tarve sekä kouluttaja-/koulutusvirkojen perustaminen (tavoitteena joko uusi erikoisala tai vähintään lisäkoulutusohjelma). Allergologiaan keskittyvää lisäkoulutusohjelman tarvetta painotettiin sekä Allergologi- ja immunologiyhdistyksen että Keuhkolääkäriyhdistyksen lausunnoissa. Myös Ihotautilääkäriyhdistyksen lausunnossa tuotiin esiin tarve ammatti-ihotautilien koulutuksen osalta. Allergologian koulutuksen tehostamiseen kiinnitettiin huomioita myös Turussa järjestetyssä kuulemistilaisuudessa.

Tehohoidon osalta kaivattiin omaa erikoisalaa nykyisen lisäkoulutusohjelman sijaan, toisaalta korostettiin myös kirurgisen tehohoidon erityisluonnetta ja tarvetta pätevytykseen. Kouluttajalääkäreiden pätevyyden erillistä koulutusta tai erityispätevyyttä kaivattiin. Pienessä osassa lausuntoja kaivattiin palaamista vanhoihin suppeisiin erikoisaloihin. Osalla varsinkin pienistä erikoisaloista on edelleen ongelmana yliopistollisen kouluttajavirkojen kuten professuurien puute osassa yliopistoja, mikä haittaa erikoislääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen toteuttamista.

5.4 Yhteenveto ja pohdinta

Kuten kaikissa kuulemistilaisuuksissa yksimielisesti todettiin, mielipidekyselyn vastauksia arvioitaessa on tärkeää korostaa, että kyseessä ei ollut tieteellinen tutkimus, esim. käytettyä kyselylomaketta ja analysointimenettelyjä ei validoitu. On epätodennäköistä, että vajaa 500 nettivastaajan joukko edustaisi Suomen 22 000 lääkäristä satunnaistettua ja edustavaa otosta. Jakelu kanavoitiin tapahtuvaksi tiedekuntien ja sairaanhoitopiirien kautta, eikä otosta pyritty satunnaistamaan iän, sukupuolen, paikkakunnan, erikoisalan yms. seikkojen suhteen. Mielipidekyselyä haluttiin kuitenkin käyttää ensisijaisesti keinona tiedottaa käynnissä olevasta arvioinnista mahdollisimman laajasti. Samalla haluttiin tarjota eri tahoille mahdollisuus vaikuttaa arviointiin laajemmin kuin kuulemistilaisuuksien puitteissa on mahdollista.

Paitsi mielipidekyselyyn vastaaminen muukin laadullinen arviointi perustuu mielikuviin, esim. suomalaisten erikoislääkäreiden vertaaminen kansainväliseen tasoon ilman hyväksyttyjä ja validoituja mittareita. Mielikuvien epäluotettavuuden suhteen aivan erityisesti huomiota kiinnitti kriittisen tieteellisen arvioinnin saamat korkeat pisteet. Kaikki vastaajaryhmät – kouluttajat

mukaan lukien – arvioivat tieteellisen tiedon kriittisen arvioinnin erittäin hyväksi (keskiarvo 4 skaalalla 1–5). Sanallisista kommenteista kävi kuitenkin selkeästi ilmi, että valtaosa vastaajista ei tiennyt, mitä kriittisellä arvioinnilla tarkoitetaan. Kriittinen arviointi sekoitettiin mm. laatukäsikirjaan ja prosessikuvauksiin. Osoitukseksi kriittisestä arviointiosaamisesta riitti helppo sähköinen tiedon hakemisen mahdollisuus. Terveyspalvelujärjestelmässä puolestaan tieteellisen tiedon kriittisen arvioinnin vahvuudeksi nostettiin potilastyön käytännönläheisyys. Vertailuna esim. Oulun yliopiston ammatillisen jatkokoulutustoimikunnan yhteisen näkemyksen mukaan kriittisen arvioinnin osaaminen arvioitiin korkeintaan 2:ksi asteikolla 1–5. Toimikunnan arvioita tuki kyselyn tulos, jonka mukaan vain muutama prosentti vastaajista raportoi saavansa systemaattista kriittisen arvioinnin opetusta. Tästä huolimatta vain kaksi yksittäistä henkilöä esitti, että kriittisen arvioinnin systemaattista opetusta tulisi lisätä erikoislääkärikoulutuksessa. Odotusten vastaisesti, vain 5 % vastauksissa kriittinen arviointi liitettiin vahvuutena tutkimustyön tekemiseen. Tieteen ja arvioinnin näkökulmasta tarkasteltuna on paradoksaalista, ettei tiedä, mitä ei tiedä.

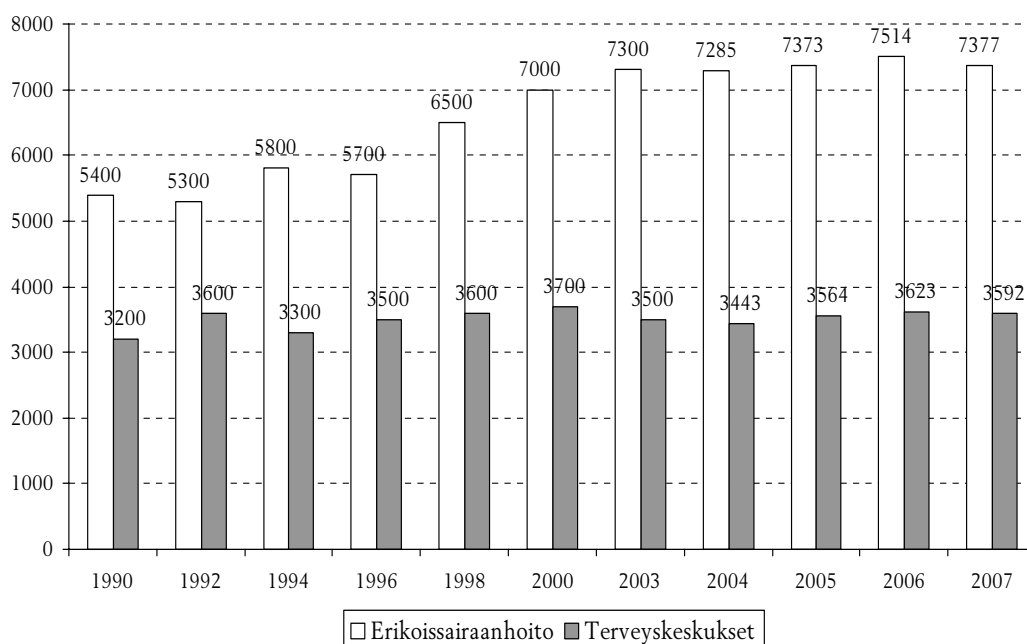
Kysyttäessä erikoisalan valintaan vaikuttavia tekijöitä (Kuviot 3 ja 4) keskeiseksi haasteeksi nousee kysymys, minkälaisilla keinoilla väestön tarpeet ja erikoistuvien lääkäreiden kiinnostus saadaan kohtaamaan toisensa nykyistä paremmin. Lähtöasetelma on kuitenkin erittäin lupaava ja kannustava, koska 70–80 % kaikista vastaajaryhmistä asetti väestön tarpeen tärkeimmäksi tekijäksi, jonka tulisi ohjata erikoisalan valintaa (Kuvio 4). Samanaikaisena suurena haasteena on sovittaa yhteen alue- ja työvoimapolitiikka sekä työn ja perheen tasapaino.

6 Selvityshenkilöiden ehdotukset perusteluineen

Arviointityön yleiset lähtökohdat

Kuvio 5 esittää erikoissairaanhoidossa ja terveyskeskuksissa työskentelevien lääkäreiden määrän kehitystä vuosina 1990-2007. Kuvio herättää kysymyksen, kuinka tietoinen valtakunnallinen strateginen valinta on ollut kehitys, jossa lääkäreiden määrä erikoissairaanhoidossa on 18 vuoden aikana kasvanut noin 2000:lla (40 %), kun terveyskeskuksissa lisäys vastaavana aikana on ollut noin 400 lääkäriä (12 %). Erikoissairaanhoidon volyymin ja kustannusten kasvaessa hoidon porrastuksen myötä tehtäviä on samanaikaisesti enenevässä määrin siirretty perusterveydenhuollon tehtäväksi. Selvityshenkilöt ehdottavat valtakunnallista strategista keskustelua siitä, halutaanko tällaisen kehityssuunnan jatkuvan, esim. kuinka monta yleisosaajaa ja toisaalta erikoisalan osaajaa (ja missä suhteessa) Suomeen tarvitaan nykyisten 49 erikoisalan, 37 lisäkoulutusohjelman ja 32 erityispätevyysohjelman lisäksi.

Kuvio 5. Erikoissairaanhoidossa ja terveyskeskuksissa työskentelevien lääkäreiden määrän kehitys vuosina 1990-2007 (lähde: Suomen Lääkäriliitto)

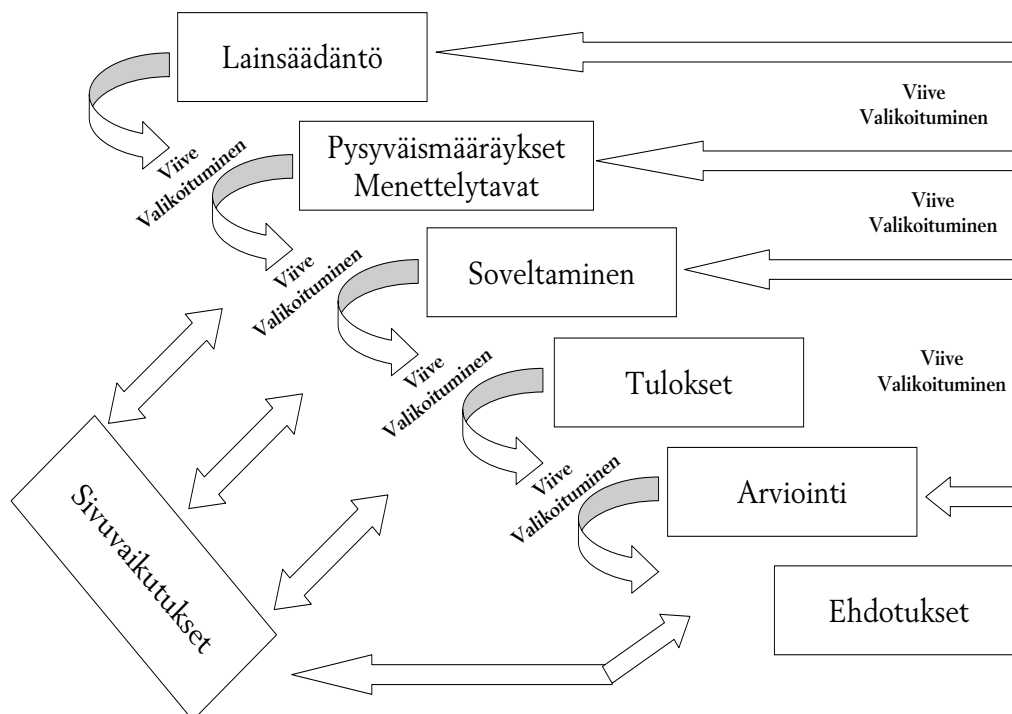


Lääkäriliiton tilastojen mukaan työterveyshuollossa viimeisen kymmenen vuoden aikana lukumääräinen lisäys on ollut noin 380 lääkäriä (70 %) ja yksityissektorin lisäys noin 1700 lääkäriä (60 %) verrattuna vuoteen 1996. Muihin tehtäviin on siirtynyt 870 lääkäriä (70 %) verrattuna vuoteen 1996. Jos kaikki nämä lääkärit työskentelisivät terveyskeskuksissa, lisäys olisi samaa luokkaa erikoissairaanhoidon kanssa. Opetus- ja tutkimustehtävissä työskenteli vuonna 2006 6 % lääkärikunnasta (noin 1000 lääkäriä). Vaikka sekä erikoislääkärikoulutus (Kuvio 5) että 2000-luvulla myös perusopetuksen volyyymi ovat lisääntyneet, opetus- ja tutkimustehtävissä työskentelevien lääkäreiden määrä on vähentynyt 18 % vuodesta 1996.

Johdanto arvioinnin ja ehdotusten yleisistä perusteista

Lainsäädännössä ja tiedekuntien pysyväismääräyksissä on kuvattu menettelytavat ja yksityiskohtaiset ohjeet erikois(hammas)lääkärikoulutuksen toteuttamisesta Suomessa (ks. kohdat 2.1 ja 2.2.). Niiden perusteella arvioituna koulutuksen lähtökohta on kunnossa. Nykyjärjestelmässä havaittavien ongelmakohtien perusteella on kuitenkin ilmeistä, että lainsäädännössä ja pysyväismääräyksissä kuvattuja menettelytapoja ei (vielä) sovelleta kattavasti käytännön työssä eri terveyspalvelujärjestelmän tasoilla.

Kuvio 6. Erikois(hammas)lääkärikoulutuksen kehittämistyön vaiheet



Kuviossa 6 kuvatut viiveet erikois(hammas)lääkärin kehittämistyön yksittäisten vaiheiden välillä saattavat olla vuosien mittaisia. Esim. lisäkoulutusohjelmat käynnistyivät 4-5 vuotta 1998 asetuksen voimaantulon jälkeen. Koska lisäkoulutusohjelmien määrä on vasta viime vuosina kasvanut nopeasti lähes 40:ään, kaksivuotisten koulutusohjelmien vaikuttavuuden kattava arviointi on mahdollista vasta tulevina vuosina. Kuvion 1. historiakatsauksen perusteella arvioituna näyttää kuitenkin siltä, että 4-5 vuoden kuluttua säädöksen tai ohjeen asettamisesta odotetaan jo tuloksia näkyville. Esim. 1998 asetuksessa korostettiin terveyspalvelujärjestelmän eri tasojen hyödyntämistä koulutuksessa. Koska asetus ei täyttänyt palvelujärjestelmän odotuksia ja väestön terveystarpeita riittävän nopeasti, 4 vuotta myöhemmin säädettiin puolet koulutuksesta tapahtuvaksi pakollisena yliopistosairaalan ulkopuolella.

Säädöksiin ja toimintaan liittyä toivottujen vaikutusten ohella aina myös ei-toivottuja sivuvaikutuksia, jotka tulee huomioida tuloksia arvioitaessa (Kuvio 6). Esim. vaikka 50/50 -sääntö korjasi monin paikoin lainsäädäntöön johtanutta epätasapainoa, säännön yksiselitteinen soveltaminen synnytti ongelmia järjestelmään toisaalle. Syntyneiden sivuvaikutusten korjaamiseksi asetusta muutettiin jälleen neljä vuotta myöhemmin siten, että ns. puolet -säännöstä on mahdollisuus tehdä poikkeus. Poikkeuksien anominen puolestaan edellyttää jälleen uusien menettelytapojen luomista ja sitoo osaltaan resursseja. Samanaikaisesti poikkeusanomuksiin liittyvä selvitystyö vie eteenpäin alueellisen suunnittelun ja koordinaation kehittämistä. Toisaalta jos väestön terveys ja terveyspalvelujärjestelmän tarpeet olisi kyetty riittävän nopeasti tyydyttämään 1998 asetuksen perusteella, molemmat asetusmuutokset olisivat olleet tarpeettomia.

Aiempien raporttien ja muistioiden perusteella on ilmeistä, että suurin osa niissä esitetyistä ehdotuksista eivät ole (vielä) johtaneet käytännön toimenpiteisiin (ks. esim. kohdat 4.1. ja 4.2. koulutus-EVO-korvauksiin ja johtamiskoulutukseen liittyvät ehdotukset). Paitsi viiveitä, kehittämistyön jokaisella portaalla tapahtuu myös valikoitumista (Kuvio 6). Tarvitaan myös lisätietoa ja tutkimusta järjestelmässämme olevista tekijöistä, jotka ohjaavat eri tasoilla tapahtuvaa valikoitumista sekä lainsäädännöstä ja pysyvääismääräyksistä poikkeavaa toimintaa.

Tässä arviointiyössä ja ehdotuksia laadittaessa on pyritty arvioimaan paitsi odotettuja toivottuja vaikutuksia myös ehdotuksiin liittyviä sivuvaikutuksia sekä molempiin liittyviä viiveitä. Jatkotyön tavoitteena olisi tarkoituksenmukaista löytää toivottujen ja sivuvaikutusten välille sellainen tasapaino, jonka kanssa halutaan ja joiden kanssa on mahdollista toimia käytännössä. Koska kokonaisuudessa kaikki vaikuttaa kaikkeen, tämän raportin ehdotuksia esitetään arvioitavaksi 'kokonaispakettina', jossa huomioidaan sekä pitkällä aikavälillä ilmaantuvat vaikutukset että toimenpiteet, joiden soveltaminen lyhyellä aikavälillä on mahdollista.

6.1 Yleiset ehdotukset lainsäädäntöön

Tässä kohdassa on kuvattu yleiset ehdotukset lainsäädäntöön. Muut lainsäädännön muutosehdotukset on kuvattu kunkin yksittäisen ehdotuksen yhteydessä.

6.1.1 Koulutuksen huomioiminen erikoissairaanhoidolain ja kansanterveyslain yhdistämisessä (ehdotusten vaikutukset esiin pitkällä aikavälillä)

Selvityshenkilöt kannattavat hallitusohjelmassa mainittua erikoissairaanhoidolain ja kansanterveyslain yhdistämistä laiksi terveydenhuollosta.

Selvityshenkilöt ehdottavat, että

- erikoissairaanhoidolain ja kansanterveyslain tilalle tulevassa terveydenhuoltolaissa huomioidaan nykyistä tarkemmin terveyspalvelujärjestelmän eri tasoilla työn ohessa tapahtuva erikoislääkäreiden ja erikoishammaslääkäreiden koulutustehtävä esim. seuraavalla tavalla:
 - palvelujen tuottajan tehtäväksi tulee määrittää tavoitteet sekä perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa työskentelevien lääkäreiden määrälle että niiden keskinäiselle suhteelliselle osuudelle. Tavoitteet perustuvat väestön ennakoituun terveys-tarpeeseen, joka muodostaa erikois(hammas)lääkärikoulutuksen valtakunnallisen ja alueellisen suunnittelun lähtökohdan (ks. kohta 6.2).
 - koska kouluttautuminen tapahtuu palvelujärjestelmän eri tasoilla sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa, molemmilla tasoilla tulee turvata em. määriteltyihin tavoitteisiin perustuva riittävä koulutusvirkojen ja ohjaajalääkärien määrä ja niiden suhteellinen osuus perustyötä tekevien lääkärien virkatarpeen määrittelyn lisäksi.
 - koulutuksen edellyttämä toimipaikka-, teoreettinen ja johtamiskoulutus tulee huomioida sekä opettajalääkärien ja koulutettavien työnkuvassa.
- em. ehdotuksen toteuttamiseksi opetushallinto on koulutuksen osalta mukana yhdistetyn terveydenhuoltolain valmistelutyössä.

Perustelut – odotetut myönteiset vaikutukset

- Pitkän aikavälin kuluessa yhteiskunnassa ja terveyspalvelujärjestelmässä syntyneet rakenteelliset ongelmat, kuten päivystyksen järjestäminen ja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen raja-aita, heijastuvat sellaisenaan (hammas)lääkärikoulutuksen kaikille tasoille. Kuviossa 5 kuvattua perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lääkäreiden lukumäärän huomattavasti toisistaan poikkeavaa kasvunopeutta ei ole mahdollista ratkaista pelkästään koulutuslainsäädännöllisin keinoin ja irrallaan terveyspalvelujärjestelmän kehittämisestä.

Lääkäripulan pahenemista selvittelevässä mallintamistutkimuksessa on todettu, että jos lääkärimäärä poikkeaa vähintään 10 % muista ekonomisista indikaattoreista, tilanteeseen ei saada korjausta ennen kuin asiasta tehdään poliittinen kysymys (Cooper ja kumppanit 2002).

- Saattamalla terveyspalvelujärjestelmän eri tasoilla toteutuva koulutus-tehtävä lainsäädännössä näkyväksi ja osaksi perustehtävää sekä koulutusta järjestelmällisesti kehittämällä kyetään helpottamaan kasvavaa työvoiman kysyntää.

Ennakoidut riskit, sivuvaikutukset ja niihin varautuminen

- Koulutusmuutosten huomioiminen laajentaa ja monimutkaistaa jo sinällään erittäin suuren lainsäädäntömuutoksen valmistelutyötä. Olipa koulutustehtävä tavoitteineen määritelty lainsäädännössä tahi ei, koulutus tulee jatkossakin toteutumaan palvelujärjestelmän eri tasoilla.

Taloudelliset vaikutukset

- Taloudellisia vaikutuksia arvioitaessa tulee huomioida, miten erikoissairaanhoidon lääkäreiden suhteellisesti suurempi osuus (Kuvio 5) on vaikuttanut erikoissairaanhoidon nopeasti kasvaviin kustannuksiin. Jos perusterveydenhuollossa työskentelee jatkossa nykyistä enemmän lääkäreitä, tulee arvioida muutoksen heijastusvaikutukset perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kustannustasapainoon.
- Muilta osin koulutuksen kustannusten osalta viitataan kohtaan 6.3.

6.1.2 Koulutustehtävän huomioiminen Paras -hankkeen toimeenpanossa (ehdotuksen vaikutukset esiin pitkällä aikavälillä)

Selvityshenkilöt ehdottavat, että

- kunta- ja palvelurakennetta uudistettaessa huomioitaisiin soveltuvien osien kohdan 6.1.1 ehdotukset, esim. koulutettavien ja kouluttajavirkosten perustaminen muodostettaessa laajempia perusterveydenhuollon yhteistoiminta-alueita tai uusia laajan väestöpohjan kuntayhtymiä. Samassa yhteydessä on otettava huomioon myös jo tällä hetkellä riittävän väestöpohjan omaavien suurten terveyskeskusten toimintaedellytykset mm. koulutusvirkojen lisäämisen osalta.

Perustelut – odotetut myönteiset vaikutukset

- Sekä erikois(hammas)lääkäreiden että erikoistuvien lääkäreiden lukumäärän tulee perustua väestön terveystarpeiden määrittelyyn, joka muodostaa Paras -hankkeen perustan.

6.1.3 Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen lainsäädännön yhdistäminen (ehdotuksen vaikutukset esiin pitkällä aikavälillä)

Selvityshenkilöt ehdottavat, että

- harkitaan hammaslääkärikoulutusta koskevan lainsäädännön yhdistämistä erikoislääkärikoulutusta koskevan lainsäädännön kanssa.

Perustelut

- Lainsäädäntömuutoksella hammaslääketieteen erikoisalan kehittämisen yhdenmukaistetaan muiden erikoisalojen kanssa. Selvityshenkilöt korostavat, että kaikki tämän raportin ehdotukset kattavat myös hammaslääkärikoulutuksen, vaikka sitä ei joka kohdassa ole erikseen mainittu, ts. hammaslääketieteen erikoisalat rinnastetaan lääketieteen erikoisaloihin.
- Jo tällä hetkellä erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutusta koskevat lainsäädännöt ovat hyvin samankaltaisia (ks. 2.1), samoin pysyväismääräykset. Jos molempia koskisivat samat asetukset, esim. tuore poikkeussääntö yliopistollisen ulkopuolisen koulutuksen järjestämisestä kattaisi myös erikoishammaslääkärikoulutuksen ilman uutta asetuserämuutosta.
- Opetushallinnon työmäärä vähenee, kun lainsäädäntöä ja pysyväismääräyksiä päivitetään.

Ennakoidut riskit, sivuvaikutukset ja niihin varautuminen

- Lakien ja pysyväismääräysten yhdistäminen sitoo resursseja, joita ennakoidaan kuitenkin vapautuvan päivitysten myötä.
- Verrattuna 6.1.1 kuvattuun ehdotukseen koulutuksen huomioimisesta terveydenhuoltolaissa, hammaslääkärikoulutuksen ja erikoislääkärikoulutuksen lainsäädännön yhdistäminen on selkeästi toissijaista ja voi tapahtua pitkän ajan kuluessa.

6.2 Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen suunnittelu ja koordinaatio

Selvityshenkilöt ehdottavat, että valtakunnallista ja alueellista erikois(hammas)-lääkärikoulutuksen suunnittelua ja koordinaatiota kehitetään esimerkiksi seuraavalla tavalla.

6.2.1 Valtakunnallisen suunnittelun ja koordinaation kehittäminen (lyhyen aikavälin soveltaminen mahdollista)

Selvityshenkilöt ehdottavat, että

- valtakunnallinen suunnittelusta ja koordinaatiosta vastaa terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunnan alainen jaos, esim. lääkäri- ja hammaslääkärijaos, koulutusjaos tai vastaava (Kuvio 7).
- em. terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunnan alaisen jaoksen ja nykyään kaksi kertaa vuodessa kokoontuneen epävirallisen valtakunnallisen erikoislääkärikoulutuksen neuvottelutilaisuuden toiminta yhdistetään. Esim. jaoksen koollekutsumassa kahdessa vuosittaisista kokouksista käsiteltäisiin erikois(hammas)lääkärikoulutuksen asioita ja muissa kokouksissa jaoksen muita kuin erikois(hammas)lääkärikoulutukseen liittyviä asioita. Erikois(hammas)lääkärikoulutuksen asioita käsittelevän kokouksen ehdotettu kokoonpano on esitetty Taulukossa 5, missä on huomioitu alueellinen edustus.
- terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunta pyytää jaosta laatimaan neuvottelukunnalle ehdotuksen erikoislääkärikoulutuksen valtakunnallisesta strategiasta valtioneuvoston laatimien linjausten ja alueellisten neuvottelukuntien laatimien suunnitelmien pohjalta. Jaos seuraa ja koordinoi alueellisten suunnitelmien toteutumista ja raportoi niistä neuvottelukunnalle.
- terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunnan esityksestä sosiaali- ja terveysministeriö ja opetusministeriö vahvistavat valtakunnallisen erikois(hammas)lääkärikoulutuksen strategian, jossa on esitetty koulutukselle asetetut tavoitteet ja keinot niiden saavuttamiseksi (Kuvio 7).

Taulukko 5. Erikois(hammas)lääkärikoulutuksen asioita tähän asti käsitelleiden yhteistyöelimen kokoonpano sekä selvitysmiesten ehdottama uusi kokoonpano, jossa on huomioitu alueellinen edustus. Epävirallinen valtakunnallinen neuvottelutilaisuus on kokoonnut 1990-luvun alusta lähtien kaksi kertaa vuodessa

Tehtävä erikois(hammas)lääkäri koulutuksessa	Lääkäri- ja hammaslääkäri-jaos 2004-07	Epävirallinen valtakunnallinen neuvottelutilaisuus	Ehdotettu kokoonpano
Suunnittelu, seuranta ja vastuu			
Opetusministeriö	1	1	1
Yliopistot	5	5 + 5 + 1	5
Alueelliset neuvottelukunnat	-	-	5
Toteutus ja rahoitus			
Sosiaali- ja terveysministeriö	1	1	1
Palvelujärjestelmä	2	-	2
Ammattinharjoittamisen valvonta			
TEO	1	3	1
Työnantaja ja terveyspalvelujen tilaaja			
Kuntaliitto	1	-	1
Ammattijärjestöt			
Suomen Lääkäriliitto	1	3	1
Suomen Hammaslääkäriliitto	1		1
Sihteeri	1	-	1
Yhteensä	13 + 1	19	18 + 1

Perustelut –odotetut myönteiset vaikutukset

- Kahden aiemmin erillään toimineen valtakunnallisen yhteistyöelimen yhdistäminen parantaa kokonaisuuden hahmottamista ja vaikutusmahdollisuuksia.
- Järjestelmällinen suora yhteydenpito alueellisten neuvottelukuntien (käytännön toimijoiden) ja valtakunnallisten viranomaisten ja tahojen kesken parantaa tiedonkulkua ja vähentäne kokousten määrää.
- Koordinaation tuloksena rakennetaan alueellisiin suunnitelmiin pohjautuva valtakunnallinen erikois(hammas)lääkärikoulutuksen strategia, jossa voidaan ottaa kantaa ongelmallisiin kysymyksiin sekä luoda menettelytapoja ja suosituksia. Esimerkkejä tällaisista kysymyksistä voivat olla yleis- ja erikois(hammas)lääkärien määrällinen suhde, koulutusmäärät ja alueellinen jakauma suhteessa väestön terveystarpeisiin, erikoistuvien ja ohjaajalääkäreiden lukumääräinen suhde jne.
- Onnistunut strategia ja sen toteuttaminen kykenee nykyistä paremmin vastaamaan väestön terveystarpeeseen ja turvaamaan sekä tarkoituksenmukaista osaamista ja tietotaitoa että työvoimatarvetta.

Ennakoidut riskit, sivuvaikutukset ja niihin varautuminen

- Jaoksen tehtäviin kuuluu erikoislääkärikoulutuksen ohella myös muita tärkeitä tehtäviä (mm. ammattitoiminta, viranomaisten välinen yhteistyö, lääkäreiden liikkuvuus, johtamiskysymykset sekä perus- ja täydennyskoulutus). Nämä tehtävät ovat oleellinen osa myös lääkäreiden koulutusjatkumoa ja elinikäistä oppimista, jonka pohja luodaan perusopetuksessa. Koska jaoksessa edustettuna olevat tahot vastaavat myös perus- ja täydennyskoulutuksesta, voi jaoksen toiminnan ja neuvottelutilaisuuden yhdistäminen edesauttaa muihin kuin koulutuksen toimintoihin liittyvien kannanottojen ja menettelytapojen toimeenpanossa.

Taloudelliset vaikutukset

- Koska uusia toimielimiä ei perusteta, välittömät kustannukset eivät lisäänty. Kokousmäärän väheneminen pienentää matkakustannuksia.

Vaikutukset lainsäädäntöön

- Tehtävien tarkennus asetukseen terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunnan ja jaoksen tehtävistä.

6.2.2 Alueellisen suunnittelun ja koordinaation kehittäminen (lyhyen aikavälin soveltaminen mahdollista)

Selvityshenkilöt ehdottavat, että

- alueellista suunnittelusta ja koordinaatiosta vastaa alueellinen neuvottelukunta. Sen kokoonpanoon ei ehdoteta muutoksia.
- alueellisen neuvottelukunnan tehtäviin lisätään alueellisen erikois-(hammas)lääkärikoulutuksen suunnitelman laatiminen, seuranta ja raportointi valtakunnalliselle jaokselle (Kuvio 7). Alueellisen koulutus-suunnitelman tulisi perustua väestön terveystarpeeseen ja huomioida samanaikaisesti uuden lääketieteellisen tiedon tuottaminen ja koulutuksen tarve. Suunnitelmaan tulee sisältyä myös laadunarvioinnin suunnittelu, toteutus ja seuranta sekä rekrytointisuunnitelma, jossa painotetaan erityisesti yleisosajat/erikoislääkärit –suhteen tasapainotamista. Lisäksi suunnitelmassa tulee kuvata yleislääketieteen yksikön koordinoima perusterveydenhuollon osuuden suorittaminen osana koulutusjatkumoa.
- alueilla sovitaan suunnitelmassa erikoisaloittain se, miten esim. 50/50-sääntöä käytännössä sovelletaan ja millä erikoisaloilla koulutusta voidaan erityisesti painottaa myös muihin terveydenhuollon toimintayksiköihin kuin yliopistosairaaloihin.

Perustelut – odotetut myönteiset vaikutukset

- Koordinaation tuloksena luodaan alueellinen erikois(hammas)lääkärikoulutuksen strategia, jossa voidaan ottaa kantaa ongelmallisiin kysymyksiin sekä luoda menettelytapoja ja suosituksia ongelma-alueiden ratkaisemiseksi. Esimerkkejä tällaisista kysymyksistä voivat olla yleis- ja erikois(hammas)lääkärien määrällinen suhde, koulutusmäärät ja alueellinen jakauma suhteessa väestön terveystarpeisiin, erikoistuvien ja ohjaajalääkäreiden lukumääräinen suhde jne.
- Alueellisen koordinaation avulla tehostetaan lainsäädännössä ja pysyväismääräyksissä kuvattujen menettelytapojen (kohdat 2.1 ja 2.2) toimeenpanoa.

Ennakoidut riskit, sivuvaikutukset ja niihin varautuminen

- Alueellisen suunnitelman luominen, toteuttaminen ja seuranta sitovat resursseja. Tämä työ on kuitenkin mahdollista kytkeä erityisvastuualueilla jo olemassa oleviin sairaanhoitopiirien yhteistyöverkostoihin.

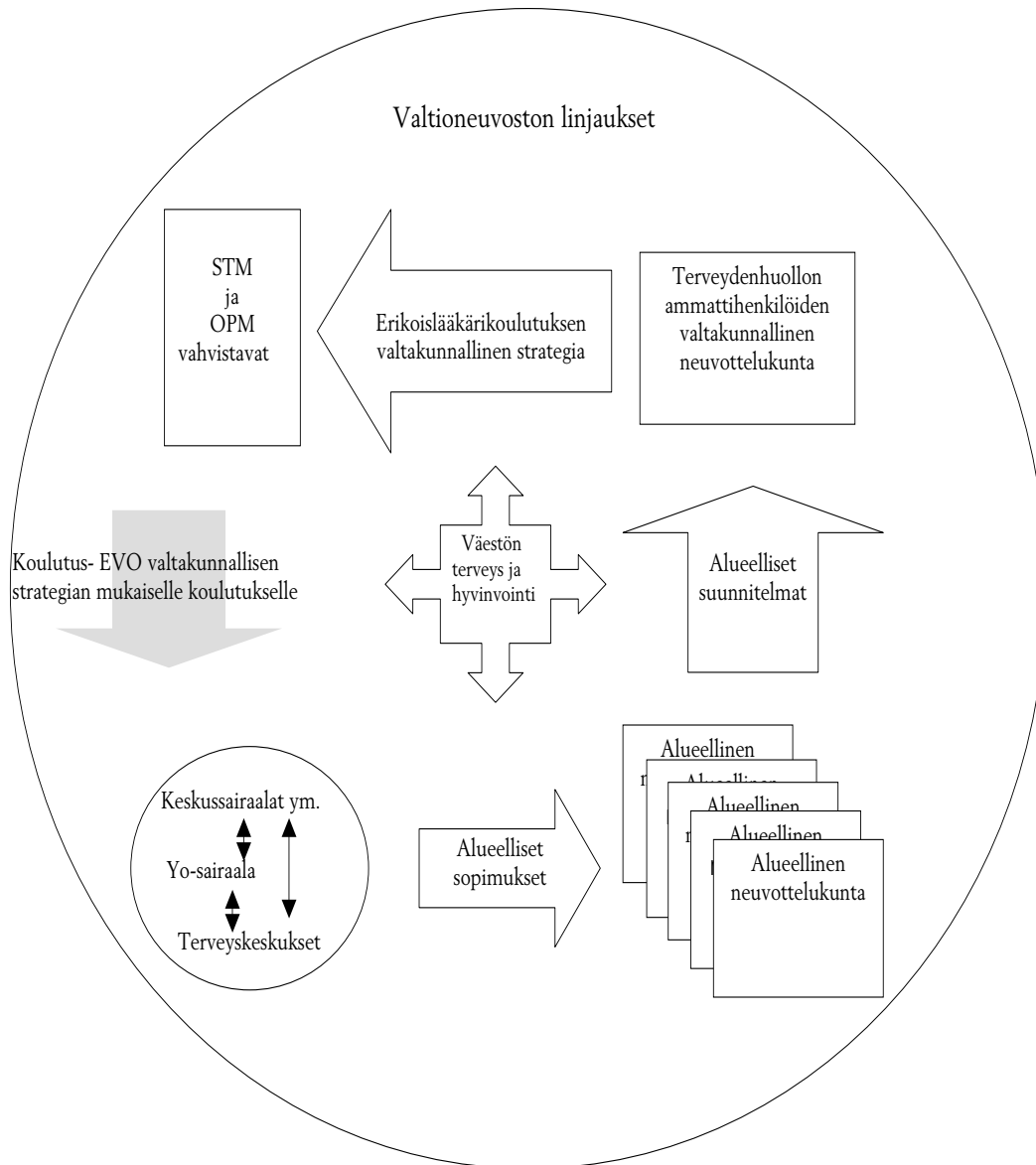
Taloudelliset vaikutukset

- Suunnitteluvaiheessa kokousten määrä lisääntynee, mikä voi lisätä matkakustannuksia.

Vaikutukset lainsäädäntöön

- Tehtävien tarkennus asetukseen terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunnasta.

Kuvio 7. Erikois(hammas)lääkärikoulutuksen suunnittelu- ja koordinaatio



6.3 Valtion osallistuminen koulutuksesta aiheutuviin kustannuksiin ja rahoitukseen

Koulutus-EVO-korvausten yksityiskohtainen selvittely ei kuulunut selvityshenkilöiden toimeksiantoon. Selvitystyön kuluessa tuli kuitenkin toistuvasti esiin valtion korvauksen merkittävä ohjaava rooli mm. erikoisalojen kehittämisessä tai kehitystyön hiipumisessa.

Selvityshenkilöt ja taustaryhmä arvioivat myös vaihtoehtoja, joissa koulutusvastuu ja koulutus-EVO-korvausten maksaminen saatettaisiin yhden hallinnon alaisuuteen, joko sosiaali- ja terveysministeriön tai opetusministeriön alaisuuteen (jälkimmäistä vaihtoehtoa arvioitiin myös Virtasen raportissa, STM 2005:10). Selvityshenkilöt eivät esitä muutoksia nykyiseen kahden hallinnonalan toimintamalliin (so. koulutusvastuu säilyy opetushallinnon alaisuudessa ja koulutuskorvausten maksaminen sosiaali- ja terveyshallinnon alaisuudessa). Jos tehtäviä siirrettäisiin hallinnonalalta toiselle, voimavarat sitoutuisivat 'laatikkoleikkiin' sen sijaan, että ne suunnattaisiin jo olemassa olevien, periaatteiltaan tarkoituksenmukaisten menettelytapojen soveltamiseen käytännön työssä.

6.3.1 Sosiaali- ja terveyshallinnon alaiset valtion korvaukset (ehdotusten vaikutukset esiin sekä pitkällä että lyhyemmällä aikavälillä)

Selvityshenkilöt ehdottavat, että

- perustetaan valtakunnallinen työryhmä, jonka laatii mallin uudistetusta, yhtenäisestä ja yksinkertaistetusta koulutus-EVO-korvausjärjestelmästä. Mallissa ehdotetaan ohjeistettavaksi ja huomioitavaksi mm.
 - korvausjärjestelmän nykyistä joustavampi sopeutuminen koulutuksessa tapahtuviin muutoksiin sekä avoimempi seuranta ja ohjaus
 - maksatusmenettelyjen yksinkertaistaminen
 - periaatteet siitä, missä suhteessa korvaus halutaan suunnattavaksi koulutusedellytysten ylläpitämiseen (ns. infra), normaaliin kliiniseen työhön ja suoraan esim. koulutusjärjestelyihin
 - alueellisten suunnitelmien järjestelmällinen päivittäminen, seuranta ja kehitystyö asetetaan edellytykseksi EVO-korvausten jatkumiselle (ks. kohta 6.2.2)
 - osa EVO-korvauksista voitaisiin suunnata valtakunnalliseen ja alueelliseen kehitystyöhön sekä koulutuksen seurantajärjestelmien kehittämiseen.
- työterveyshuollon koulutus-EVO-korvausta koskevaa erityislainsäädäntöä jatketaan vuoden 2009 jälkeen edellyttäen, että vuonna 2007 laadittavan selvityksen tulokset ovat myönteisiä.
- yleislääketieteen osalta EVO-rahoitus kanavoidaan maksettavaksi sairaanhoitopiirin yleislääketieteen yksikköjen kautta. Yliopiston yleislääketieteen laitos vastaa koulutuksen sisällöstä, toteutuksesta ja

arvioinnista, yliopistollisen sairaanhoitopiirin yleislääketieteen yksikkö suunnittelee ja järjestää koulutuksen. Terveyskeskukset toimivat oppimisympäristönä (ns. opetusterveyskeskukset).

- uuden korvausjärjestelmän rakentamisen myötä koulutus-EVO-korvaus korjataan vastaamaan nykyistä paremmin koulutuksesta aiheutuvia kustannuksia.

Perustelut

- Nykyisen korvausjärjestelmän selvittämisyritysten sijaan voimavarat olisi tarkoituksenmukaisinta suunnata kokonaan uuden järjestelmän kehittämiseen. Eri tahot ovat todenneet koulutus-EVO-selvitysten tekemisen työlääksi systemaattisen ja läpinäkyvän seurantajärjestelmän puuttumisen sekä koulutuksessa tapahtuvien muutosten takia. Sekä terveyspalvelujärjestelmä että koulutusjärjestelmä ovat kuitenkin olemassa vain väestön hyvinvointia ja tarpeita varten. Kun ne muuttuvat, kaikkien järjestelmien (korvaukset mukaan lukien) tulisi kyetä mukautumaan muutoksiin.
- Kaikki uudet sisällölliset muutokset erikoislääkärikoulutuksessa, koulutusmäärien lisääminen ja uudet erikoisalat lisäävät terveydenhuollon toimintayksiköille aiheutuvia suoria ja epäsuoria kustannuksia. Esimerkiksi jos erikoistuville lääkäreille järjestetään mahdollisuus nykyistä syvällisempään opiskeluun, erikoislääkäreiden tulisi vastaavasti tehdä enemmän potilastyötä. Tämä puolestaan edellyttäisi erikoislääkäreiden määrän lisäämistä palvelujärjestelmässä.
- Ei ole olemassa yhtenäistä käytäntöjä tai suosituksia siitä, mikä olisi optimaalinen erikoistuvien ja erikoislääkäreiden suhde sekä potilastyö että koulutus huomioiden, millä osuudella erikoistuva lääkäri osallistuu pysyväismääräyksissä mainittuun normaaliin kliiniseen työhön käytännön taitojen hankkimiseksi (kohta 2.2.2) ja missä määrin koulutuspaikassa työskentelyä voivat ohjata työpaikan hoitosuoritteiden saavuttaminen ja päivystysjärjestelyjen hoitaminen. Työskentely/koulutus –suhteeseen perustuvalla korvausten määrittelyllä on merkitystä myös työskentelystä maksettavan palkan suuruuteen.
- Koulutus-EVO-korvausten osalta ei vallitse yhtenäisiä käytäntöjä tai yksimielisyyttä, mitä kustannuksia niillä on tarkoitus korvata ja mihin korvauksia tulisi käyttää. Esimerkiksi 1) maksetaanko terveyspalvelujärjestelmälle EVO-korvausta siitä, että erikoislääkärin sijasta erikoistuva lääkäri tekee kliinistä työtä. Vaihtuvien erikoistuvien lääkäreiden työpanos ei vastaa vakituista kokenutta erikoislääkärikuntaa, jonka työpanosta koulutusyksiköissä lisäksi suuntautuu konsultaatioon ja opettamiseen. 2) Vai tulisiko EVO-korvaus – osittain tai kokonaan – kohdentaa suoraan koulutusjärjestelyihin (esim. työpaikan ulkopuoliset koulutustilaisuudet) ja kuinka paljon siitä tulisi suunnata koulutusvalmiuksien luomiseen ja ylläpitoon (ns. infra).
- Vaikka todellisia kustannuksia ei ole tarkasti selvitetty, koulutuksen si-

sällöllisten ja lukumääräisten muutosten lisääntyessä nopeammin kuin korvausmääräraha kasvaa lopputuloksena on kaikissa koulutus-EVO-rahoitusta koskevissa selvityksissä esiin tuotu korvauksen jälkeenhäyneisyys suhteessa todellisiin kustannuksiin (kohta 4.1).

- On koettu tarpeelliseksi yksinkertaistaa ja selkeyttää maksukäytäntöjä. Nykyiset korvausmaksatukset sitovat huomattavasti henkilöresursseja terveydenhuollon eri tasoilla.

Ennakoidut riskit, sivuvaikutukset ja niihin varautuminen

- Uuden mallin suunnittelussa tulisi varata terveystalvvelujärjestelmälle riittävän pitkä siirtymäkausi sopeutua korvausjärjestelmän muutoksiin.

Taloudelliset vaikutukset

- Uuden korvausjärjestelmän taloudellisia vaikutuksia tulee arvioida osana uuden korvausjärjestelmän kehittämistä.

6.3.2 Opetushallinnon rahoitus erikois(hammas)lääkärikoulutukseen (lyhyen aikavälin soveltaminen mahdollista)

Selvityshenkilöt ehdottavat, että

- erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutus tulee ottaa huomioon ja tehdä näkyväksi yliopistojen ohjaus- ja rahoitusjärjestelmissä ja tuloksellisuuden arvioinnissa perusopetuksen ja tutkimustyön ohella.

Perustelut

- Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritutkintojen näkyminen yliopiston tavoitteissa ja tuloksellisuuden arvioinnissa viestittäisi erikois(hammas) lääkärikoulutuksen arvostuksesta ja merkityksestä yliopiston toiminnassa.

Ennakoidut riskit, sivuvaikutukset ja niihin varautuminen

- Yliopistot elävät tiukassa taloudellisessa tilanteessa, jolle on ominaista jatkuva uhka opetushallinnon alaisen rahoituksen pienenemisestä. On mahdollista, että erikoislääkärikoulutuksen suhteellisen osuuden saattaminen näkyväksi yliopistojen pienentyvässä rahoituksessa johtaa arvostuksen sijasta päinvastaiseen lopputulokseen. Koulutuksen suunnittelu, kehittäminen ja johtaminen edellyttävät kuitenkin selkeitä tietoja käytettävissä olevista resursseista.

Taloudelliset vaikutukset

- Taloudelliset vaikutukset ovat keskeinen osa ohjaus- ja rahoitusjärjestelmien ja tuloksellisuuden arvioinnin kehittämistä.

6.4 Erikoisalakohdaiset ehdotukset

6.4.1 Uudet erikoisalat ja lisäkoulutusohjelmat (ehdotusten vaikutukset esiin sekä pitkällä että lyhyemmällä aikavälillä)

6.4.1.1 Päivystysvalmiuksien varmistaminen Päivystys- (ja ensihoito)lääketieteen erikoisala ja lisäkoulutusohjelma

Selvityshenkilöt ehdottavat, että

- perustetaan päivystyslääketieteen viiden vuoden koulutusta edellyttävä erikoisala, johon koulutaudutaan isoissa päivystyskeskuksissa (vaikutukset tulevat esiin arviolta noin kymmenen vuoden päästä).
- päivystyslääketieteen erikoisalan rinnalle perustetaan yliopistollinen lisäkoulutusohjelma sisätautien, kirurgian, anestesiologian ja tehohoidon, geriatrian sekä yleislääketieteen erikoislääkäreille sekä soveltuvien osin erikoisaloille, joilla on nyt yhteinen runkokoulutus sisätaudeissa ja kirurgiassa (ks. muutosehdotus sisätautien ja kirurgian koulutukseen, kohta 6.4.2.1). Siirtymäaikana vuoteen 2015 saakka tämän lisäkoulutusohjelman voisi kuitenkin suorittaa myös laillistettu lääkäri, jolla ei ole erikoislääkärin oikeuksia millään alalla. Tällä ehdotuksella haetaan helpotusta tilanteeseen nopeammin kuin erikoisalan ja erikoislääkärin tutkinnon jälkeisellä lisäkoulutusohjelman perustamisella on mahdollisuus saavuttaa.
- päivystyslääketieteen osalta tulee päivystyksen ja ensihoidon asiantuntijoiden kanssa selvittää, onko erikoisalaan ja lisäkoulutusohjelmaan tarkoituksenmukaista liittää mukaan ensihoito.
- ks. myös sisätautien ja kirurgian koulutusrakenteen muutokset (kohta 6.4.2.1)

6.4.1.2 Ikääntyneiden mielenterveysongelmien hoitaminen Vanhuspsykiatrian erikoisala ja lisäkoulutusohjelma

Selvityshenkilöt ehdottavat, että

- perustetaan vanhuspsykiatrian erikoisala ikääntyneiden psykiatristen ongelmien ratkaisemiseksi (6 vuotta) jo olemassa olevan lisäkoulutus-

ohjelman rinnalle. Psykiatrian erikoislääkärin tarvitsisi kuitenkin suorittaa vain kahden lisävuoden koulutus vanhuspsykiatrian erikoislääkärin tutkintoa varten.

- siirtymäaikana vuoteen 2015 saakka lisäkoulutusohjelman voisi suorittaa myös laillistettu lääkäri, jolla ei ole erikoislääkärin oikeuksia millään alalla. Ehdotuksella haetaan helpotusta tilanteeseen nopeammin kuin erikoisalan perustamisella ja erikoislääkärin tutkinnon jälkeisellä lisäkoulutusohjelmalla on mahdollisuus saavuttaa.

6.4.1.3 Päihdeongelmien hoito Päihdehuollon lisäkoulutusohjelma

Selvityshenkilöt ehdottavat, että

- perustetaan päihdelääketieteen lisäkoulutusohjelma, minkä voi suorittaa minkä tahansa erikoislääkärin tutkinnon suorittamaan. Siirtymäaikana vuoteen 2015 saakka tämän lisäkoulutusohjelman voi kuitenkin suorittaa myös laillistettu lääkäri, jolla ei ole erikoislääkärin oikeuksia millään alalla.

Yhteiset perustelut ehdotetuille uusille erikoisaloille ja lisäkoulutusohjelmille

- Erikoisalan ja lisäkoulutusohjelmien perustaminen viestittää alojen merkitystä ja tärkeyttä sekä sitouttaa aiempaa voimakkaammin eri hallinnon aloja toisiinsa.
- Lisäkoulutusohjelman suorittamisen poikkeuksellinen mahdollistaminen myös erikoistumattomille laillistetuille lääkäreille siirtymäaikana turvaisi päivystyslääketieteen osalta terveyskeskusten päivystysten järjestämistä sekä vahventaisi päihdelääketieteen ja vanhuspsykiatrian osaamista.

Ennakoidut riskit, sivuvaikutukset ja niihin varautuminen

- Kolmen neljän vuoden viiveellä käynnistyneiden lisäkoulutusohjelmien lisääntyvästä lukumäärästä huolimatta niiden asema ja merkitys (tai arvostus) ei ole (vielä) selkiytynyt ja vakiintunut. Esim. Kivelän mukaan (STM 2006:30) vanhuspsykiatrian suppean erikoisalan lakauttamisen myötä sen kehittäminen hiipui, vaikka sittemmin perustettu vanhuspsykiatrian lisäkoulutusohjelma on sekä rakenteeltaan että pituudeltaan hyvin samankaltainen entisen suppean erikoisalan kanssa. Vanhuspsykiatrian erityisosaamisen kehittämistä varten on siis ollut olemassa sekä väestön vanhenemiseen liittyvä, pitkään tiedossa ollut tarve että koulutusohjelma. On epäselvää, selittääkö kehittämisen hiipumista tutkintonimikkeen puute ja/tai erikoisalan tutkinnosta maksettavan tutkintokorvauksen katoaminen, vai muut tekijät.

- Myöskään Suomen Lääkäriliiton erityispätevyysien asema ja merkitys eivät ole (vielä) vakiintuneet. Saavatko erityisosaamisen tarpeet riittävästi painoarvoa vasta, jos ne on merkitty erikoisalana tutkintoasetukseen ja pääsevät sitä kautta koulutus-EVO-rahoituksen piiriin, vai onko kyse siitä, muutosten järjestelmien vaikutukset täysimittaisina tulevat esiin vasta pitkän ajan kuluessa (ks. Kuvio 6).
- Esitetyt ehdotukset entisestään hämärtäisivät lisäkoulutusohjelmien ja erityispätevyysien rajaa, so. nykyisin lisäkoulutusohjelmat kattavat pääsääntöisesti yhden erikoisalan ja erityispätevyudet useita aloja. Poikkeuksellista olisi myös lisäkoulutusohjelman suorittamisen mahdollistaminen siirtymäaikana myös muille kuin erikoislääkäreille.
- Koska on kuitenkin todennäköistä, että em. ehdotuksetkaan eivät yksin riitä korjaamaan pahenevaa päivystysongelmaa, päivystysvalmiuksien varmentamiseksi ehdotuksia esitetään myös sisätautien ja kirurgian koulutukseen (ks. kohta 6.4.2.1).

Taloudelliset vaikutukset

- Uuden erikoisalan koulutusohjelman perustamisen yhteydessä arvioidaan kunkin lisäkustannustarve. Arviointia vaikeuttaa, ettei erikoislääkärikoulutuksen kustannuksia tunneta riittävän tarkasti (kohta 4.1.).

Vaikutukset lainsäädäntöön

- Lisätään uudet erikoisalat asetukseen.

6.4.2 Yleisosaamisen vahvistaminen (ehdotusten vaikutukset esiin pitkällä aikavälillä)

6.4.2.1 Sisätautien ja kirurgian koulutusrakenteen muutokset

Selvityshenkilöt ehdottavat, että

- kirurgian ja sisätautien erikoisaloilla koulutuksen pituus lyhenee 6 vuodesta 5 vuoteen. Samalla lakkautetaan yleiskirurgian 6 vuoden koulutusohjelma ja 5 vuoden koulutusohjelma nimetään kirurgian koulutusohjelmaksi. Alueellisissa suunnitelmissa (kohta 6.2.2) on sovittava, että pääosa koulutuksesta (vähintään 4.5 vuotta terveyskeskuspalvelu mukaan laskettuna) on mahdollista suorittaa myös suurten sairaanhoitopiirien keskussairaaloissa
- 5-vuotisen kirurgian ja sisätautien erikoislääkärintutkinnon jälkeen on mahdollisuus suorittaa toinen, 3 lisäkoulutusvuotta edellyttävä – nimissään yhteensä 7 vuoden pituiseksi laskettava – erikoislääkärin

koulutusohjelma, so. sisätautien ja kirurgian 5-vuotiseen erikoisalakoulutukseen voidaan sisällyttää korkeintaan yksi vuosi 3 lisävuoden vaatimaa koulutusta.

- Kirurgian 3 lisävuoden koulutusohjelmia ovat gastroenterologinen kirurgia, käsikirurgia, lastenkirurgia, ortopedia ja traumatologia, plastiikkakirurgia, sydän- ja rintaelinkirurgia, urologia ja verisuonikirurgia.
- Sisätautien 3 lisävuoden koulutusohjelmia ovat endokrinologia, gastroenterologia, infektiosairaudet, kardiologia, kliininen hematologia, nefrologia ja reumatologia.
- sisätautien ja kirurgian osalta erikoistuminen suoraan eriytyviin erikoisaloihin ei tämän jälkeen ole enää mahdollista. Poikkeussäännöllä annetaan mahdollisuus vuoteen 2015 saakka suorittaa sisätautien tai kirurgian osalta täydentävä 2 vuoden mittainen koulutusohjelma niiden osalta, jotka ovat nykysääntöjen puitteissa ehtineet erikoistua suoraan eriytyvälle alalle. Alueellisissa suunnitelmissa on sovittava, että täydentävän koulutuksen voi tältä osin suorittaa myös suurten sairaanhoitopiirien keskussairaaloissa.
- samaa runkokoulutusta nyt käyttävien erikoisalojen kuten keuhkosairauksien erikoislääkäreiden koulutus suositetaan järjestettäväksi vastaavalla tavalla (ensin sisätautien 5 vuoden koulutusohjelma, mihin voidaan jo sisällyttää yksi vuosi keuhkosairauksien eriytyvää koulutusta).

Perustelut

- Runkokoulutuksen pidentäminen helpottaa osaltaan päivystysjärjestelyjä antamalla laajemmalle lääkärikunnalle valmiudet toimia erikoisalojen päivystäjinä.
- Nykyistä pidempi yleiskoulutus lisää yhteistyön mahdollisuuksia eri toimijoiden välillä myös sen jälkeen kun erikoistuja on suorittanut eriytyvän erikoisalan koulutuksen (esim. kardiologia). Kattavamman tietämyksen avulla potilaan sairauteen liittyvät toisen erikoisalan ongelmat tulevat helpommin hoidetuksi ilman lisäkonsultaatioiden tarvetta.

Ennakoidut riskit, sivuvaikutukset ja niihin varautuminen

- Koulutusaika esim. kardiologiksi tai ortopediksi pidentyy vähintään yhdellä vuodella, mutta vastaavasti erikoistuja saa paremmat valmiudet toimia mm. päivystystehtävissä. Sisätautien ja kirurgian koulutuksen loppuvaiheessa erikoistuvat voivat käytännössä toimia erikoisalan päivystäjinä takapäivystäjän tuella, mikä helpottaa sairaaloiden päivystysten organisointia.

Taloudelliset vaikutukset

- Erikoistumisajan pidentyessä myös koulutus-EVO-korvauksen maksuaika pidentyy, mikä lisää valtion maksamaa osuutta kuluista.

Vaikutukset lainsäädäntöön

- Ehdotuksen mukainen asetusmuutos

6.4.2.2 Yleislääketiede

Selvityshenkilöt ehdottavat, että

- tavoitteeksi asetetaan, että vakinaisiin perusterveydenhuollon virkoihin edellytetään yleislääketieteen erikoislääkärin tutkinnon suorittamista.
- perusterveydenhuoltoon perustetaan koulutus- ja ohjaajalääkärin virkoja.
- yliopistollisiin sairaaloihin perustetaan yleislääkärikonsultin virkoja geriatrian tapaan ylläpitämään potilaan näkökulman ja kokonaisuuden huomioimista hoitoprosessien eri vaiheissa.
- lääkärin peruskoulutuksen painotusta muutetaan siten, että koulutusohjelmat tuottavat enemmän perusterveydenhuoltoon orientoituneita lääkäreitä opetusterveyskeskustoimintaa kehittämällä.
- sekä lääkärin että hammaslääkärin peruskoulutuksen suorittamisen jälkeen suoritetaan laillistus eli myönnetään oikeus harjoittaa lääkärin/hammaslääkärin ammattia laillistettuna (hammas)lääkärinä potilaslain tarkoittamissa terveydenhuollon ja sosiaalihuollon yksiköissä. Kuitenkin itsenäisenä ammatinharjoittajana toimivalta lääkäriltä tulisi edelleen edellyttää perusterveydenhuollon lisäkoulutuksesta annetussa asetuksessa säädetyn palvelun suorittamista tai erikoislääkärin koulutukseen sisältyvän vastaavan palvelun suorittamista, josta yliopisto antaisi todistuksen ja Terveystieteiden tutkimuskeskus suorittaisi asian vaatiman rekisteröinnin. Hammaslääkärin osalta edellytettäisiin nykyistä käytännön palvelun suorittamista ja yliopiston siitä antamaa todistusta sekä edelleen TEO:n suorittamaa rekisteröintiä.

Perustelut – odotetut myönteiset vaikutukset

- Muutosehdotuksilla pyritään osaltaan turvaamaan perusterveydenhuollon asema palvelujärjestelmän osana.
- Osalaillistuksen poistolla mukautetaan maassamme oleva järjestelmä EU:n alueella yleisesti noudatettuun käytäntöön sekä yhdenvertaistetaan (hammas)lääkärit muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa laillistuksen suhteen. Tarve perusterveydenhuollon lisäkoulutuksen lisäämiseen kolmeen vuoteen myös Suomessa on jatkossa kui-

tenkin väistämätön (direktiivin 93/16/ETY 31 artikla ja siihen tehty muutos v. 2001 eli ns. SLIM-direktiivi).

Ennakoidut riskit sivuvaikutukset ja niihin varautuminen

- Terveyskeskuslääkäreiden ja sairaalalääkäreiden määrien suhteellinen epätasapaino on syntynyt pitkän ajan kuluessa (Kuvio 5). Pelkästään koulutuksellisin keinoin tilannetta ei kyetä korjaamaan, minkä takia erikois(hammas)koulutus on ehdotettu huomioitavan osana sekä kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon yhdistämistä että Paras-hanketta (kohdat 6.1.1 ja 6.1.2).

Vaikutukset lainsäädäntöön

- Ehdotuksen mukainen asetusmuutos

6.4.3 Hammas- ja suusairaudet (ehdotusten vaikutukset esiin pitkällä aikavälillä)

6.4.3.1 Uudet erikoisalajat ja osa-alueet

Selvityshenkilöt ehdottavat, että

- perustetaan hammaslääketieteellisen diagnostiikan erikoisala, jossa on kolme osa-aluetta (suupatologia, suurradiologia ja mikrobiologia).
- gerodontologia lisätään kliinisen hammaslääketieteen uudeksi osa-alueeksi.

Perustelut – odotetut myönteiset vaikutukset

- Hammaslääketieteessä on neljä koulutusohjelmaa: hampaiston oikomishoito, terveydenhuolto, suu- ja leukakirurgia sekä kliininen hammaslääketiede. Kliinisen hammashoidon erikoisalan koulutuksessa on kuusi osa-aluetta: kariologia ja endodontia, parodontologia, protetiikka, purentafysiologia, lasten hammashoito ja hammaslääketieteellinen diagnostiikka. Diagnostisen osa-alueen sisällä koulutuksen pääpainoalueina ovat suupatologia, suurradiologia ja mikrobiologia, joiden koulutusjärjestelyissä on ilmennyt suuria ongelmia. Ongelmiin haetaan ratkaisua tekemällä diagnostiikasta itsenäinen koulutusohjelma. Diagnostiikan koulutus edellyttää tiivistä yhteistyötä lääketieteen vastaavien erikoisalojen kanssa. Diagnostiikan koulutuksessa tulee huomioida kliinisen koulutuksen riittävä osuus.

- Väestön ikääntyminen aiheuttaa suun terveydenhuollolle kasvavia haasteita, joista selviytyminen edellyttää perehtyneisyyden lisäämistä vanhusten suun terveyden ongelmiin. Ikäihmiset ovat yhä enenevässä määrin hampaallisia, jotka tutkimusten mukaan käyttävät suun terveydenhuollon palveluja kuusi kertaa enemmän kuin hampaattomat. (Suominen-Taipale ja kumppanit 2004). Palvelutarpeen on arvioitu kasvavan 2–3-kertaiseksi.

Vaikutukset lainsäädäntöön

- Ehdotuksen mukainen asetusmuutos

6.4.3.2 Hammaslääkärikoulutuksen lisääminen ja hajauttaminen

Selvityshenkilöt ehdottavat, että

- sekä perus- ja erikoistumiskoulutusta lisätään.
- muutos laillistamiseen koskee myös hammaslääkäreitä (ks. kohta 6.4.2.2).
- erikoistumiskoulutuksessa hyödynnetään koulutuksen hajautusta ja nykyisen tietoteknologian suomia mahdollisuuksia.
- niillä alueilla, joilla ei ole omaa peruskoulutusta, tulee erikoishammaslääkärikoulutuksen osalta luoda koulutusmahdollisuudet muiden yo-sairaaloitten kanssa.

Perustelut – odotetut myönteiset vaikutukset

- Perustelujen osalta viitataan vastavalmistuneeseen hammas- ja suusairauksien selvitysraporttiin (OPM 2007:40).

Vaikutukset lainsäädäntöön

- Ehdotuksen mukainen asetusmuutos

6.4.4 Allergologia lisäkoulutusohjelmaksi kaikilla soveltuvilla erikoisaloilla

Selvityshenkilöt ehdottavat, että

- keuhkosairauksien ja ihotautilien erikoisaloilta allergologia poistetaan pääerikoisan nimestä.
 - Keuhkosairaudet ja allergologia erikoisala muutetaan keuhkosairauksien erikoisalaksi.

- Ihotaudit ja allergologia erikoisan nimi muutetaan iho- ja sukupuolitautilien erikoisalaksi.
- Tilalle perustetaan allergologian kahden vuoden lisäkoulutusohjelma, minkä puitteissa toteutuu erityinen perehtyminen allergologiaan ja ammattitautien hoitoon. Keuhkosairauksien ja ihotautien erikoislääkäreiden tutkintoihin sisällytetään kuitenkin tarpeellinen määrä alojen perusallegologiaa ja ammattitautidiagnostiikkaa. Allergologian lisäkoulutusohjelman voi suorittaa myös muiden soveltuvien alojen erikoislääkäri (esim. yleislääketieteen erikoislääkäri), jolloin koulutuksen sisältö räätälöidään erikoistujan alaan soveltuvaksi.

Vaikutukset lainsäädäntöön

- Ehdotuksen mukainen asetusmuutos

Perustelut – odotetut myönteiset vaikutukset

- Lisäkoulutusohjelma on jo toteutettu lastentautien ja osin korva-, nenä- ja kurkkutautien osalta.
- Allergologisten sairauksien ja ammattitautien diagnostiikan taso kohottaa lisäkoulutuksen myötä.
- Isoissa terveyskeskuksissa voidaan tehostaa allergisten sairauksien diagnostiikkaa ja hoitoa kouluttamalla yleislääketieteen erikoislääkäri tehtäväalueeseen.
- Kaikissa Euroopan maissa Brittein saaria lukuun ottamatta ihotaudit ja allergologian erikoisan nimi on direktiivissä 2005/36/EY ammattipätevyyden tunnustamisesta -mukaisesti iho- ja sukupuolitaudit.

Vaikutukset lainsäädäntöön

- Ehdotuksen mukainen asetusmuutos

6.5 Koulutuksen sisältö ja laatu

6.5.1 Opettajauramallin kehittäminen (lyhyen aikavälin soveltaminen mahdollista)

Selvityshenkilöt ehdottavat, että

- yliopiston palkkausjärjestelmän soveltamisessa korostetaan myös erikoistumiskoulutuksen opetuksen huomioimista tasavertaisena tutkimustyön ja perusopetuksen rinnalla ja varmistetaan kliinisten opet-

tajien palkan kilpailukykyisyys. Erityisesti tulee huomioida työuransa loppuvaiheessa kokeneiden klinikoiden ja professoreiden tietotaidon ja ammatillisen osaamisen siirtäminen koulutettaville.

- terveystaloustieteen järjestelmässä huomioidaan opetustyö ohjaajalääkärin työn kuvassa ja palkkauksessa.

Perustelut

- Opettajauramallin houkuttelevuus paranee ja pidentyvä työssäoloaika hyödynnetään maksimaalisesti huolehtimalla tietotaidon siirtämisestä nuoremmalle sukupolvelle.
- Opetuksen kehittäminen helpottaa osaltaan terveystaloustieteen järjestelmän tulevaisuuden työvoimatarvetta.

Taloudelliset vaikutukset

- Yliopistojen palkkausjärjestelmän sisällä kyse on painotusten huomioimisesta, mikä ei lisää välittömiä kustannuksia. Painotuksen siirtämisellä voi olla kuitenkin vaikutusta julkaisutavoitteiden saavuttamiseen. Tieteeseen perustuvaa yliopisto-opetusta ja tutkimusta ei kuitenkaan voida erottaa toisistaan ja pitkällä aikajänteellä opettajavirkkojen imagon parantaminen suhteessa erikoislääkärin tehtäviin heijastuu myönteisesti myös tutkimustyöhön.

6.5.2 Tieteellisen tiedon ja kustannusvaikuttavuuden arviointi (lyhyen aikavälin soveltaminen mahdollista)

Selvityshenkilöt ehdottavat, että

- tieteellisen tiedon ja kustannusvaikuttavuuden arvioinnin opetus sisällytetään kaikkiin koulutusohjelmiin ja tämä periaate kirjataan osaksi valtakunnallista ja alueellista strategiaa (kohta 6.2).
- lisätään ohjaajalääkärin täydennyskoulutusta kriittisen arvioinnin ja terveystaloustieteen osalta.
- valtakunnalliseen kuulustelun tulee sisältää 1–2 kriittistä arviointia ja interventioiden (diagnoositiikka, hoito ja seuranta) kustannusvaikuttavuuden arviointia koskevaa kysymystä.

Perustelut – odotetut myönteiset vaikutukset

- Tieteellisen tiedon kriittisen arvioinnin osaaminen on osa lääkärin perustehtävää, joka helpottaa hallitsemaan lisääntyvää tietotulvaa ja luoda perustan kustannusvaikuttavuuden arvioinnille.

- Tieteellisen tiedon kriittisen arvioinnin opetus ei ole tällä hetkellä systemaattista ja kattavaa.
- Tuoreen kyselyn alustavien tulosten mukaan 70 % vastaajista koki saavansa erikoislääkärikoulutuksen aikana liian vähän opetusta terveystaloustieteestä. 80 % vastaajista ei tuntenut kustannusutiliteetti käsitettä ja näistä 75 % ilmoitti haluavansa oppia käsitteen. Kyseessä on satunnainen tutkimusotos noin 1000 Suomen Lääkäriliiton alle 64-vuotiaasta lääkäristä (suullinen tiedonanto, Harri Sintonen).

6.5.3 Osaamisen ja koulutuksen laadun arviointi (lyhyen aikavälin soveltaminen mahdollista)

Selvityshenkilöt ehdottavat, että

- Valtakunnallista kuulustelua kehitetään muun muassa määrittelemällä kuulustelun tavoitteet, miten kuulustelutulokset vaikuttavat koulutuksen kehittämiseen ja miten kuulustelukäytäntöä seurataan ja kehitetään (mm. palautejärjestelmä, korjausten yhtenäisyys ja pysyminen aikataulussa).
- koulutuksen laadun arviointi sisällytetään alueelliseen ja valtakunnalliseen strategiaan (kohdat 6.2.1 ja 6.2.2).
- yliopistoissa kannustetaan lääkärikoulutukseen ja sen laadunarviointiin kohdistuvaa tutkimusta.
- opinto-oikeuden myöntäminen edellyttää, että koulutusyksikkö (yliopiston lääketieteellinen tiedekunta) on hyväksynyt koulutettavan laatiman henkilökohtaisen koulutussuunnitelman (HOKS).
- erikoisalojen vastuukouluttajat kokoontuvat vuosittain ja määrittelevät ydinaineksen (core curriculum), jonka seuranta tapahtuu lokikirjan ja portfolion avulla. Erikois(hammas)lääkärin tutkinnon myöntämisen edellytyksenä on kouluttajan hyväksymä lokikirja ja portfolio.
- tuutoria ei välttämättä edellytetä, jos koulutuksen seuranta ja koordinaatio em. keinoin kehittyvät nykyiseen verrattuna. Alueellisessa suunnitelmassa tulee kuitenkin määritellä, mille aloilla tuutorointi on järjestettävä (esim. perusterveydenhuolto).

Perustelut

- Kuulustelun tulee arvioinnin lisäksi toimia myös oppimistapahtumana sekä koulutuksessa oleville että kouluttajille, joiden tulee kehittää sekä omaa toimintaansa että koulutusohjelmaa kuulustelutulosten perusteella.
- Laadun arvioinnista ei ole olemassa Suomessa tai kansainvälisessä kirjallisuudessa validoitua menetystä. Ennen luotettavaa näyttöä tai kansallista konsensusta arviointimenettelyistä ja niiden kustannusvaikuttavuudesta on tarkoituksenmukaista, että laadun seuranta määrite-

tään alueellisissa strategioissa.

- Koska voimassaolevat suositukset henkilökohtaisen koulutussuunnitelman, lokikirjan ja porfolion käyttämisestä koulutuksessa eivät ole olleet riittäviä, niiden käyttö kytketään opinto-oikeuden ja tutkinnon myöntämiseen.
- Tuutoroinnin roolia ei ole selkeästi sisäistetty, eikä sitä usein kyetä erottamaan muusta ammatillisesta vuorovaikutuksesta (konsultointi, opetus, sosiaalinen kanssakäyminen jne.). Lisäksi tuutoroinnin järjestäminen pienissä toimipisteissä tai erikoisaloilla ei ole tarkoituksenmukaista, jos kaikki roolit ovat yhden henkilön vastuulla. Tuutorointia suositellaan tarjottavaksi erikoistuvalla, mutta ei pakolliseksi.

Ennakoidut riskit, sivuvaikutukset ja niihin varautuminen

- Vaikka henkilökohtaisen koulutussuunnitelman, lokikirja ja portfolion pakollisuus herättäneen vastustusta, niiden laatiminen on perusta itsensä johtamiselle moniammatillisessa johtamiskoulutuksessa.

6.5.4 Moniammatillinen johtamiskoulutus (lyhyen aikavälin soveltaminen mahdollista)

Selvityshenkilöt ehdottavat, että

- erikoistumiskoulutuksessa annetaan perusvalmiudet itsensä ja oman työn johtamiseen, alaisena työskentelemiseen ja toimimiseen lääkäriasiantuntijana moniammatillisessa tiimissä. Siirtymävaiheessa vuoteen 2015 saakka, pakollisen osuuden pituus on 10 opintopistettä, joka merkitään tutkintotodistukseen. Vuoteen 2013 mennessä selvitetään erikseen, onko tarkoituksenmukaista muuttaa tutkintoon vaadittavan johtamiskoulutuksen määrää vuoden 2015 jälkeen.
- niille erikoistuville, jotka haluavat suorittaa lähijohtajapätevyyden (30 op), loput 20 pistettä on mahdollista siirtymävaiheen aikana suorittaa myös erikoistumisen jälkeen.

Perustelut

- Vaikka johtamiskoulutuksen 30 opintopisteen kokonaisuuden sisällyttäminen koulutuksen on suositeltavaa, sen sisällyttäminen kaikkiin ohjelmiin (esim. hammaslääketieteen 3 vuoden koulutusohjelmat) – etenkin ilman koulutukseen suunnattuja lisäresursseja – vähentää muun koulutuksen osuutta (jota myös tämän raportin ehdotukset osaltaan lisäävät). Vähimmäismääräksi ehdotetaan kuitenkin oman työn johtamisen perusteita.
- Johtamiskoulutuksen ydinopetusteemat on määritetty ja koulutuksen järjestäminen on tiedekunnissa käynnistetty. Koska johtamiskoulutus ei

ole vielä järjestelmällistä ja kattavaa, 30 opintopisteen säätäminen pakolliseksi johtaisi johtamiskoulutuksen suorittamiseen pääosin yliopistojakson aikana koko koulutusjakson sijasta, minkä takia siirtymävaiheessa ehdotetaan pienempää pakollista osuutta johtamiskoulutuksen. Osalla erikoisaloista 30 opintopisteen suuruinen johtamiskoulutus voi olla vaikeaa toteuttaa ilman, että varsinaisesta erikoisalan koulutuksesta vähennetään panostusta, mikä ei ole tarkoituksenmukaista.

7 Ehdotusten yhteenveto

7.1 Yleiset ehdotukset lainsäädäntöön

Koulutuksen huomioiminen erikoissairaanhoitolain ja kansanterveyslain yhdistämisessä (ehdotusten vaikutukset esiin pitkällä aikavälillä).

- Erikoissairaanhoitolain ja kansanterveyslain tilalle tulevassa terveydenhuoltolaissa huomioidaan nykyistä tarkemmin terveyspalvelujärjestelmän eri tasoilla tapahtuva erikoislääkäreiden ja erikoishammaslääkäreiden koulutustehtävä.

Koulutustehtävän huomioiminen Paras -hankkeessa (ehdotuksen vaikutukset esiin pitkällä aikavälillä).

- Kunta- ja palvelurakennetta uudistettaessa huomioidaan koulutettavien ja kouluttajavirkojen perustaminen.

Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen lainsäädännön yhdistäminen (ehdotuksen vaikutukset esiin pitkällä aikavälillä).

- Harkitaan hammaslääkärikoulutusta koskevan lainsäädännön yhdistämistä erikoislääkärikoulutusta koskevan lainsäädännön kanssa.

7.2 Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen suunnittelu ja koordinaatio

Valtakunnallisen suunnittelun ja koordinaation kehittäminen (lyhyen aikavälin soveltaminen mahdollista).

- Terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunnan alainen jaos laatii ehdotuksen erikoislääkärikoulutuksen valtakunnallisesta strategiasta alueellisten neuvottelukuntien laatimien suunnitelmien pohjalta. Jaos seuraa ja koordinoi alueellisten suunnitelmien toteutumista ja raportoi niistä neuvottelukunnalle.
- Terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunnan esityksestä sosiaali- ja terveysministeriö ja opetusministeriö vahvistavat valtakunnallisen erikois(hammas)lääkärikoulutuksen strategian.

Alueellisen suunnittelun ja koordinaation kehittäminen (lyhyen aikavälin soveltaminen mahdollista).

- Alueellista suunnittelusta ja koordinaatiosta vastaa alueellinen neuvottelukunta, joka laatii erikois(hammas)lääkärikoulutuksen alueellisen suunnitelman sekä seuraa ja raportoi valtakunnalliselle jaokselle suunnitelman toteutumisesta. Alueellisten suunnitelmien järjestelmällinen päivittäminen, seuranta ja kehitystyö asetetaan edellytykseksi EVO-korvausten jatkumiselle.

- Alueellisen koulutussuunnitelman tulisi perustua väestön terveystarpeeseen ja huomioida samanaikaisesti uuden lääketieteellisen tiedon tuottaminen ja koulutuksen tarve.
- Suunnitelmaan tulee sisältyä myös laadunarvioinnin suunnittelu, toteutus ja seuranta sekä rekrytointisuunnitelma, jossa painotetaan erityisesti yleisosaajat/erikoislääkärit –suhteen tasapainottamista.

7.3 Valtion osallistuminen koulutuksesta aiheutuviin kustannuksiin ja rahoitukseen

Sosiaali- ja terveyshallinnon alaiset valtion korvaukset (ehdotusten vaikutukset esiin sekä pitkällä että lyhyemmällä aikavälillä).

- Perustetaan valtakunnallinen työryhmä, jonka laatii mallin uudistettua, yhtenäisestä ja yksinkertaistetusta koulutus-EVO-korvausjärjestelmästä.
- Työterveyshuollon koulutus-EVO-korvausta koskevaa erityislainsäädäntöä jatketaan vuoden 2009 jälkeen.
- Yleislääketieteen osalta EVO-rahoitus kanavoidaan sairaanhoitopiirien yleislääketieteen yksikköjen kautta.

Opetushallinnon rahoitus erikois(hammas)lääkärikoulutukseen (lyhyen aikavälin soveltaminen mahdollista)

- Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutus tulee ottaa huomioon ja tehdä näkyväksi yliopistojen ohjaus- ja rahoitusjärjestelmissä ja tuloksellisuuden arvioinnissa.

7.4 Erikoisalakohdattaiset ehdotukset

Uudet erikoisalat ja lisäkoulutusohjelmat (ehdotusten vaikutukset esiin sekä pitkällä että lyhyemmällä aikavälillä).

Päivystysvalmiuksien varmistaminen

- Perustetaan päivystys- (ja ensihoito)lääketieteen erikoisala ja lisäkoulutusohjelma¹

Ikääntyneiden mielenterveysongelmien hoitaminen

- Perustetaan vanhuspsykiatrian erikoisala jo olemassa olevan lisäkoulutusohjelman¹ rinnalle.

Päihdeongelmien hoito

- Perustetaan päihdehuollon lisäkoulutusohjelma¹

¹ Vuoteen 2015 saakka tässä mainitut lisäkoulutusohjelmat voi kuitenkin suorittaa myös laillistettu lääkäri, jolla ei ole erikoislääkärin oikeuksia millään alalla. Ehdotuksella haetaan helpotusta tilanteeseen nopeammin kuin erikoisalan ja erikoislääkärin tutkinnon jälkeisellä lisäkoulutusohjelman perustamisella on mahdollisuus saavuttaa.

Yleisosaamisen vahvistaminen (ehdotusten vaikutukset esiin pitkällä aikavälillä)

Sisätautien ja kirurgian koulutusrakenteen muutokset

- kirurgian ja sisätautien erikoisaloilla koulutuksen pituus lyhenee 6 vuodesta 5 vuoteen.
- 5-vuotisen kirurgian ja sisätautien erikoislääkärintutkinnon jälkeen on mahdollisuus suorittaa toinen, 3 lisäkoulutusvuotta edellyttävä – minimissään yhteensä 7 vuoden pituiseksi laskettava – erikoislääkärin koulutusohjelma, so. sisätautien ja kirurgian 5-vuotiseen erikoisalakoulutukseen voidaan sisällyttää korkeintaan yksi vuosi 3 lisävuoden vaatimaa koulutusta.

Yleislääketiede

- Tavoitteeksi asetetaan, että vakinaisiin perusterveydenhuollon virkoihin edellytetään yleislääketieteen erikoislääkärin tutkinnon suorittamista.
- Perusterveydenhuoltoon perustetaan koulutus- ja ohjaajalääkärin virkoja.
- Yliopistollisiin sairaaloihin perustetaan yleislääkärikonsultin virkoja geriatrian tapaan.
- Lääkärin peruskoulutuksen painotusta muutetaan siten, että koulutusohjelmat tuottavat enemmän perusterveydenhuoltoon orientoituneita lääkäreitä (opetusterveyskeskukset).
- Sekä lääkärin että hammaslääkärin peruskoulutuksen suorittaminen johtaa laillistamiseen, so. myönnetään oikeus harjoittaa lääkärin/hammaslääkärin ammattia laillistettuna (hammas)lääkärinä.

Hammas- ja suusairaudet (ehdotusten vaikutukset esiin pitkällä aikavälillä)

Uudet erikoisalat ja osa-alueet

- Perustetaan hammaslääketieteen diagnostiikan erikoisala, jossa on kolme osa-aluetta (suupatologia, suurradiologia ja mikrobiologia).
- Gerodontologia lisätään kliinisen hammaslääketieteen uudeksi osa-alueeksi.

Hammaslääkärikoulutuksen lisääminen ja hajauttaminen

- Sekä perus- ja erikoistumiskoulutusta lisätään.
- Erikoistumiskoulutuksessa hyödynnetään koulutuksen hajautusta.
- Niillä alueilla, joilla ei ole omaa peruskoulutusta, tulee erikoishammaslääkärikoulutuksen osalta luoda koulutusmahdollisuudet muiden yliopistosairaaloiden kanssa.

Allergologia lisäkoulutusohjelmaksi kaikilla soveltuvilla erikoisaloilla

- Keuhkosairauksien ja ihotautien erikoisaloilta allergologia poistetaan pääerikoisalan nimestä.
- Keuhkosairaudet ja allergologia erikoisala muutetaan keuhkosairauksien erikoisalaksi.

- Ihotaudit ja allergologia erikoisalan nimi muutetaan iho- ja sukupuolitautilien erikoisalaksi.
- Tilalle perustetaan allergologian kahden vuoden lisäkoulutusohjelma.

7.5 Koulutuksen sisältö ja laatu

Opettajauramallin kehittäminen (lyhyen aikavälin soveltaminen mahdollista).

- Yliopiston palkkausjärjestelmän soveltamisessa korostetaan opetuksen huomioinen tasavertaisena tutkimustyön ja perusopetuksen rinnalla ja varmistetaan kliinisten opettajien palkan kilpailukykyisyys.
- Terveyspalvelujärjestelmässä huomioidaan opetustyö ohjaajalääkärin työnkuvassa ja palkkauksessa.

Tieteellisen tiedon ja kustannusvaikuttavuuden arviointi (lyhyen aikavälin soveltaminen mahdollista).

- Tieteellisen tiedon ja kustannusvaikuttavuuden arvioinnin opetus sisällytetään kaikkien koulutusohjelmien osaksi ja periaate kirjataan valtakunnalliseen ja alueelliseen strategiaan.
- Lisätään ohjaajalääkärin täydennyskoulutusta kriittisen arvioinnin ja terveystaloustieteen osalta.
- Valtakunnalliseen kuulustelun tulee sisältää 1–2 kriittistä arviointia ja interventioden kustannusvaikuttavuuden arviointia koskevaa kysymystä.

Osaamisen ja koulutuksen laadun arviointi (lyhyen aikavälin soveltaminen mahdollista).

- Valtakunnallista kuulustelua kehitetään määrittämällä kuulustelun tavoitteet, miten kuulustelutulokset vaikuttavat koulutuksen kehittämiseen ja miten kuulustelukäytäntöä seurataan ja kehitetään.
- Koulutuksen laadun arviointi sisällytetään alueelliseen ja valtakunnalliseen strategiaan.
- Yliopistoissa kannustetaan lääkärinkoulutukseen ja sen laadunarviointiin kohdistuvaa tutkimusta.
- Opinto-oikeuden myöntäminen edellyttää, että koulutusyksikkö on hyväksynyt koulutettavan laatiman henkilökohtaisen koulutussuunnitelman (HOKS).
- Erikoisalojen vastuukouluttajat kokoontuvat vuosittain ja määrittelevät ydinaineksen, jonka seuranta tapahtuu lokikirjan ja portfolion avulla. Erikois(hammas)lääkärin tutkinnon myöntämisen edellytyksenä on kouluttajan hyväksymä lokikirja ja portfolio.

Moniammatillinen johtamiskoulutus (lyhyen aikavälin soveltaminen mahdollista).

- Erikoistumiskoulutuksessa annetaan perusvalmiudet itsensä ja oman työn johtamiseen, alaisena työskentelemiseen ja toimimiseen lääkäriasiantuntijana moniammatillisissa tiimissä. Pakollisen osuuden pituus

on 10 opintopistettä vuoteen 2015 asti, jota ennen hyvissä ajoin selvitetään erikseen, onko tarkoituksenmukaista muuttaa tutkintoon vaadittavan johtamiskoulutuksen määrää vuoden 2015 jälkeen.

- Niille erikoistuville, jotka haluavat suorittaa lähijohtajapätevyyden (30 op), loput 20 pistettä on mahdollista siirtymävaiheen aikana suorittaa myös erikoistumisen jälkeen.

Lähteet

- Boon H, Stewart M. Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review. *Patient Educ Couns* 1998 Nov;35(3):161-76.
- Brett A. Information skills training: a systematic review of the literature. *Health Info Libr J* 2003 Jun;20 Suppl 1:3-9.
- Cooper RA, Getzen TE, McKee HJ & Laud P (2002): Economic and demographic trends signal an impending physician shortage. *Health Affairs* 21:140-54. Suomenkielinen referaatti *Suomen Lääkärilehti* 2002;57:1939-1941.
- Evans R, Elwyn G, Edwards A. Review of instruments for peer assessment of physicians. *BMJ* 2004 May 22;328(7450):1240.
- Fletcher KE, Davis SQ, Underwood W, Mangrulkar RS, McMahon LF, Jr., Saint S. Systematic review: effects of resident work hours on patient safety. *Ann Intern Med* 2004 Dec 7;141(11):851-7.
- Fletcher KE, Underwood W, III, Davis SQ, Mangrulkar RS, McMahon LF, Jr., Saint S. Effects of work hour reduction on residents' lives: a systematic review. *JAMA* 2005 Sep 7;294(9):1088-100.
- Freemantle N, Harvey EL, Wolf F, Grimshaw JM, Grilli R, Bero LA. Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD000172.
- Grilli R, Minozzi S, Tinazzi A, Labianca R, Sheldon TA, Liberati A. Do specialists do it better? The impact of specialization on the processes and outcomes of care for cancer patients. *Ann Oncol* 1998 Apr;9(4):365-74.
- Mitchell M, Srinivasan M, West DC, Franks P, Keenan C, Henderson M. Factors affecting resident performance: development of a theoretical model and a focused literature review. *Acad Med* 2005 Apr;80(4):376-89.
- Parkes J, Hyde C, Deeks J, Milne R. Teaching critical appraisal skills in health care settings. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(3):CD001270.
- Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M ja Aromaa A (toim.). Suomalaisten aikuisten suuninterveys. *Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitos B16*, 2004.
- Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N, Harvey EL. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD000259.
- Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N, Harvey EL. Audit and feedback versus alternative strategies: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD000260.
- Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Haynes RB, Davis DA, Freemantle N, Harvey EL. Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD000125.

Thomson O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, Wolf F, Davis DA, Herrin J. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2001;(2):CD003030.

Aiemmat selvitykset ja muistiot

Koulutus-EVO

Koulutus-EVO:n käytön selvitys ja ehdotukset korvausjärjestelmän tarkistamiseksi, STM 2002:4

Opetuksen ja tutkimuksen aiheuttamat kustannukset sairaaloille vuosina 1998-2002, Stakes 15/2004

Valtion korvaus terveydenhuollon toimintayksiköille tutkimukseen ja koulutukseen, STM työryhmämuistioita 2005:10

Koulutus-EVO läärikoulutuksen suunnittelun ja ohjauksen tukena (nro 40184, tarkastuksen päättäminen 31.10.2005), Valtiontalouden tarkastusvirasto

Johtamiskoulutus

Sosiaali- ja terveysalan johtamiskoulutustyöryhmän muistio. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2004:30

Erikoisalakohvaisia selvityksiä

Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen, STM selvityksiä 2006:30

Psykiatrisen opetuksen kehittämistarpeet perusterveydenhuollossa, STM selvityksiä 2006:32

Hammaslääkäriskoulutuksen arviointi, OPM työryhmämuistioita ja selvityksiä 2007:40

Tandläkarnas specialutbildning, en översyn, artikelnr 2006-107-17, Socialstyrelsen, Ruotsi 2006

Muut selvitykset

Erikoislääkärien määränennusteet ja koulutustarve vuoteen 2010 saakka, Lääkärityövoiman laskentatyöryhmä III (II osamietintö), Sosiaali- ja terveysministeriö 1993:25.

Liite I. Valtakunnalliset erikoislääkärien lisäkoulutusalat 7.8.2007

Helsinki	Kuopio	Oulu	Tampere	Turku
Anestesiologia ja tehohoito				
Lastenanest. ja tehohoito				
Neuroanestesiologia ja tehohoito				
Sydänanestesia	Sydänanestesia	Sydänanestesia	Sydänanestesia	Sydänanestesia
Tehohoitolääketiede	Teholääketiede	Tehohoitolääketiede		Tehohoitolääketiede
Kirurgian alat				
Tehohoitolääketiede		Tehohoitolääketiede		Tehohoitolääketiede
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit				
Audiologia	Audiologia	Audiologia	Audiologia	Audiologia
Pään ja kaulan kirurgia	Pään ja kaulan kirurgia	Pään ja kaulan kirurgia	Pään ja kaulan kirurgia	Pään ja kaulan kirurgia
Rinoallergolog. & kirurgia	Rinoallergol. & -kirurg.	Rinokirurgia ja -allergologia		
Kliininen fysiologia ja isotooppilääketiede				
				Molekyyl- ja fuusiokuvant.
Kliininen kemia				
		Laboratorihematologia		
Lastentaudit				
Lasten allergologia				Lasten allergologia
Lasten endokrinologia		Lasten endokrinologia		Lasten endokrinologia
Lasten hematologia ja onkol.		Lasten hematologia ja onkol.		
Lasten gastroenterologia		Lasten gastroenterologia	Lasten gastroenterologia	
Lasten infektioaudit				Lasten infektiosairaudet
Lasten kardiologia				
Lasten nefrologia				
Lasten reumatologia				
Neonatologia	Neonatologia	Neonatologia	Neonatologia	
				Sosiaalipediatria
Tehohoitolääketiede				
Naistentaudit ja synnytykset				
Gynekol.onkologia	Gynekol. onkologia	Gynekol.onkologia	Gynekol.onkologia	Gynekol.onkologia
Lisääntymislääketiede	Lisääntymislääketiede	Lisääntymislääketiede	Lisääntymislääketiede	Lisääntymislääket.
Perinatologia	Perinatologia	Perinatologia	Perinatologia	Perinatologia
				Urogynäkologia
Patologia				
Neuropatologia	Neuropatologia	Neuropatologia	Neuropatologia	Neuropatologia
		Pediatrinen patologia		
Psykiatria				
		Vanhuspsykiatria	Vanhuspsykiatria	
Radiologia				
		Abdominaaliradiologia		
Lasten radiologia		Lasten radiologia		Lasten radiologia
Neuroradiologia	Neuroradiologia	Neuroradiologia	Neuroradiologia	Neuroradiologia
Muskuloskeetaaliradiologia		Tuki- ja liikuntaelinradiologia		Muskuloskeetaaliradiologia
Toimenpideradiologia	Toimenpideradiologia	Toimenpideradiologia	Toimenpideradiologia	
				Molekyyl- ja fuusiokuvant.
Silmätaudit				
		Neuro-oftalmologia		
Sisätautien alat				
Tehohoitolääketiede		Tehohoitolääketiede		Tehohoitolääketiede
Työterveyshuolto				
Työlääketiede				

Liite 2. Suomen Lääkäriliiton erityispätevyysjärjestelmä,
www.laakariliitto.fi/koulutus/erityispatevyydet/index.html

	Voimassa olevat erityispätevyydet	Ohjelman perustamisvuosi	Pätevyyksien lukumäärä
1	Päihdelääketiede	1993	79
2	Sukelluslääketiede ja ylipainehappihoito	1993	14
3	Vakuutuslääketiede	1994	154
4	Kehitysvammalääketiede	1994	25
5	Diabeteksen hoito	1994	125
6	Sairaalahygienia	1994	25
7	Lastenreumatologia	1994	17
8	Sydänanestesia	1995	78
9	Psykoterapia	1995	201
10	Psykoterapian kouluttaja	1995	102
11	Lastenanestesiologia ja tehohoito	1996	36
12	Lastenpsykoterapia	1996	38
13	Lastenpsykoterapian kouluttaja	1996	22
14	Sotilaslääketiede	1996	66
15	Lääkeala	1996	55
16	Kansainvälinen terveydenhuolto	1997	60
17	Liikennelääketiede	1997	37
18	Kivunhoitolääketiede	1998	112
19	Unilääketiede	1998	24
20	Obstetrinen anestesiologia	1998	31
21	Yleissairaalapsykiatria	1999	67
22	Neuroanestesiologia	2000	10
23	Kuntoutus	2001	225
24	Seulontamammografia	2001	61
25	Silmäkirurgia	2001	118
26	Ensihoitolääketiede	2001	59
27	Reumaortopedia	2001	25
28	Andrologia	2001	18
29	Lastenneuvola- ja kouluterveydenhuoltotyö	2002	53
30	Musiikkilääketiede	2004	12
31	Lastenortopedia ja traumatologia	2005	12
32	Palliativinen lääketiede	2007	0
	Yhteensä		1961

Tehohoitolääketiede (47), lakkautettu 12.6.2006, siirtymäaika - 12.8.2008

- 2007: 1 Mikael Fogelholm, Olavi Paronen, Mari Miettinen. Liikunta – hyvinvointipoliittinen mahdollisuus. Suomalaisen terveystieteiden tila ja kehittyminen 2006.
ISBN 978-952-00-2232-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2233-4 (PDF)
- 2 Jussi Huttunen. Lääkkeiden kustannusvastuun ongelmat ja ehdotuksia ongelmien ratkaisemiseksi. Selvityshenkilön raportti. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2237-2 (nid.)
ISBN 978-952-00-2238-9 (PDF)
- 3 Salme Kallinen-Kräkin, Tero Meltti. Sosiaalipalvelut toimiviksi. Sosiaalialan kehittämishankkeen arviointikierroksen raportti. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2245-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2246-4 (PDF)
- 4 Simo Salminen, Riikka Ruotsala, Jarmo Vorne, Jorma Saari. Työturvallisuuslain toimeenpano työpaikoilla. Selvitys uudistetun työturvallisuuslain vaikutuksista työpaikkojen turvallisuus-toimintaan.
ISBN 978-952-00-2247-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2248-8 (PDF)
- 5 Perhepäivähoidon kehittämisen suuntia. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2255-6 (nid.)
ISBN 978-952-00-2139-9 (PDF)
- 6 Varhaiskasvatustutkimus ja varhaiskasvatuksen kansainvälinen kehitys. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2259-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2260-0 (PDF)
- 7 Varhaiskasvatuksen henkilöstön koulutus ja osaaminen. Nykytila ja kehittämistarpeet. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2261-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2262-4 (PDF)
- 8 Markku Lehto. Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2263-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2264-8 (PDF)
- 9 Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tulossopimukset kaudelle 2004-2007. Tarkistusvuosi 2007. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2265-5 (nid.)
ISBN 978-952-00-2266-2 (PDF)
- 10 Sosiaali- ja terveysministeriön toimintasuunnitelma vuodelle 2007. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2267-9 (nid.)
ISBN 978-952-00-2268-6 (PDF)
- 11 Samapalkkaisuusohjelma. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2273-0 (nid.)
ISBN 978-952-00-2274-7 (PDF)
- 12 Sosiaalihuollon kehittämistoiminnan arvioinnin loppuraportti. Toim. Jaana Kaakinen, Jarmo Nieminen, Jukka Ohtonen.
ISBN 978-952-00-2279-2 (nid.)
ISBN 978-952-00-2280-8 (PDF)

- 2007: 13 Varhaiskasvatuksen kehittämisen suuntaviivoja lähivuosille. Väliraportti varhaiskasvatuksen neuvottelukunnan työstä. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2281-5 (nid.)
ISBN 978-952-00-2282-2 (PDF)
- 14 Annakaisa livari, Pekka Ruotsalainen. Suomen eTerveys -tiekartta. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2283-9 (nid.)
ISBN 978-952-00-2284-6 (PDF)
- 15 Annakaisa livari, Pekka Ruotsalainen. eHealth roadmap - Finland. (Stencil)
ISBN 978-952-00-2285-3 (pb)
ISBN 978-952-00-2286-0 (PDF)
- 16 Opportunities to reconcile family and work. Ed. by Rolf Myhrman, Riitta Sääntti.
ISBN 978-952-00-2287-7 (pb)
ISBN 978-952-00-2288-4 (PDF)
- 17 Tomi Hussi, Guy Ahonen. Business-oriented maintenance of work ability. (Stencil)
ISBN 978-952-00-2289-1 (pb)
ISBN 978-952-00-2290-7 (PDF)
- 18 Anita Haataja. Viisikymppisten työllisten työssä jatkamista ennakoivat tekijät.
ISBN 978-952-00-2292-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2293-8 (PDF)
- 19 Sanna Parrila. Perhepäivähoidon ohjauksen kehitysvaihtoehtoja.
ISBN 978-952-00-2294-5 (nid.)
ISBN 978-952-00-2295-2 (PDF)
- 20 Elina Renko. "Alkoholinkäyttö ei ole yksityisasia". Alkoholiohjelmiaan ja alkoholipolitiikkaan liittyvä lehdistökirjoittelu 2004-2006.
ISBN 978-952-00-2296-9 (nid.)
ISBN 978-952-00-2297-6 (PDF)
- 21 Nikotiinivalmisteiden seurantatyöryhmän muistio. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2304-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2305-8 (PDF)
- 22 Leena Tamminen-Peter. Ergonomiaopetuksen kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollon oppilaitoksissa. (Julkaistaan ainoastaan verkossa www.stm.fi)
ISBN 978-952-00-2306-5 (PDF)
- 23 Sosiaali- ja terveysministeriön taloussääntö 1.3.2007.
ISBN 978-952-00-2315-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2316-4 (PDF)
- 24 Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän raportti. Vuoden 2006 toiminta. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2321-8 (nid.)
ISBN 978-952-00-2322-5 (PDF)
- 25 Erityisryhmien asumisturvallisuuden parantaminen. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2327-0 (nid.)
ISBN 978-952-00-2328-7 (PDF)
- 26 Markku Kuisma. Ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelujen kehittäminen. Selvityshenkilön raportti.
ISBN 978-952-00-2332-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2333-1 (PDF)

- 2007: 27 Koko perhe kierteessä. Lähisuhdeväkivalta ja alkoholi.
ISBN 978-952-00-2342-3 (nid.)
ISBN 978-952-00-2343-0 (PDF)
- 28 Päivi Voutilainen, Eija Kattainen, Reija Heinola. Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994-2006.
ISBN 978-952-00-2344-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2345-4 (PDF)
- 29 Terveystieteen opettajan ammatillisen osaamisen ylläpitäminen ja kehittäminen. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2352-2 (nid.)
ISBN 978-952-00-2353-9 (PDF)
- 30 Aila Kumpulainen. Kehitysvammapalvelut vuonna 2004.
ISBN 978-952-00-2356-0 (nid.)
ISBN 978-952-00-2357-7 (PDF)
- 31 Stefan Ehrstedt. Työelämän kehittämishankkeet ja –ohjelmat valituissa OECD-maissa sekä kansainvälisissä järjestöissä. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2362-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2363-8 (PDF)
- 32 Samapalkkaisuusohjelman seurantaryhmän (2006-2007) loppuraportti.
ISBN 978-952-00-2370-6 (nid.)
ISBN 978-952-00-2371-3 (PDF)
- 33 Lapsiasiavaltuutetun toimintakertomus vuodelta 2006.
ISBN 978-952-00-2374-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2375-1 (PDF)
- 34 Sairaanhoidovakuutuksen kehittäminen. Sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutuksen kehittämistyöryhmän muistio. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2378-2 (nid.)
ISBN 978-952-00-2379-9 (PDF)
- 35 Palveluksessanne STM.
ISBN 978-952-00-2390-5 (nid.)
ISBN 978-952-00-2391-2 (PDF)
- 36 Mirja Willberg, Hannu Valtonen. Pohjoismaiden terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmien vertailu.
ISBN 978-952-00-2386-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2387-4 (PDF)
- 37 Mirja Willberg, Hannu Valtonen. Jämförelse av finansierings- och servicesystemen inom hälso- och sjukvården.
ISBN 978-952-00-2388-1 (inh.)
ISBN 978-952-00-2389-8 (PDF)
- 38 Raija Volk, Tuula Laukkanen. Palvelusetelin käyttö kunnissa.
ISBN 978-952-00-2390-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2391-1 (PDF)
- 39 Janne Jalava, Tuomas Ketola, Nina von Hertzen, Petri Virtanen. Tasa-arvoa edistävien EU-hankkeiden arviointi.
ISBN 978-952-00-2400-0 (nid.)
ISBN 978-952-00-2401-7 (PDF)

- 2007:40 Anita Haataja, Ossi Korkeamäki, Tomi Kyyrä. Soviteltu työttömyysetuus: kohdentuminen, toimeentulo ja vaikutus työllistymiseen. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2406-2 (nid.)
ISBN 978-952-00-2407-9 (PDF)
- 41 Maahanmuuttajien palvelut ja työllistyminen sosiaalialalle. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2408-6 (nid.)
ISBN 978-952-00-2409-3 (PDF)
- 42 Suomen kansainvälisten lapseksiottamisasioiden lautakunta. Toimintakertomus 2006. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2423-9 (nid.)
ISBN 978-952-00-2424-6 (PDF)
- 43 Nämnden för internationella adoptionsärenden i Finland. Verksamhetsberättelse 2006.
ISBN 978-952-00-2425-3 (inh.)
ISBN 978-952-00-2426-0 (PDF)
- 44 The Finnish Board of Inter-Country Adoption Affairs. Annual Report 2006.
ISBN 978-952-00-2427-7 (pb)
ISBN 978-952-00-2428-4 (PDF)
- 45 Apteekkityöryhmän muistio. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2429-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2430-7 (PDF)
- 46 Lääkkeiden viitehintajärjestelmää selvittäneen työryhmän muistio. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2431-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2432-1 (PDF)
- 47 Hannu Puolijoki, Anja Tuulonen. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen arviointi.
ISBN 978-952-00-2433-8 (nid.)
ISBN 978-952-00-2434-5 (PDF)